

OCT 29 1947

# ANNAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

*10.5*  
*501*  
*3*  
**Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO**

**Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES**

**Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 3-4198**

**Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)**

**Assinatura: por 1 ano Cr\$ 50,00 — Numero avulso Cr\$ 5,00**

**OL. LIV**

**Agosto de 1947**

**N. 2**

## Sumário:

	Pág.
<b>Anestesia em proctologia — DR. MARCELO BRANT DE CARVALHO NOGUEIRA e ENOS COSTA FRANÇA MONDADORI.....</b>	<b>87</b>
<b>Conduta do tratamento da varicocele — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO .....</b>	<b>107</b>
<b>Considerações em torno da anafilaxia e alergia — Dr. HAROLDO CARDOSO DE CASTRO.....</b>	<b>111</b>
<b>Produção Médica de São Paulo:</b>	
<b>Associação Paulista de Medicina:</b>	
Higiene e Medicina Tropical.....	125
Neuro-psiquiatria.....	133
Pediatria.....	134
Oto-rino-laringologia.....	140
Sociedade Médica São Lucas.....	140
Sociedade dos Médicos do I.A.P.I.....	142
Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho.....	142
Outras sociedades.....	144
<b>Imprensa Médica de São Paulo:</b>	
Sumário dos últimos números.....	146
<b>Vida Médica de São Paulo:</b>	
Faculdade de Medicina de São Paulo.....	149
Escola Paulista de Medicina.....	153
Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social.....	153
Departamento de Profilaxia da Lepre.....	154
Visitante ilustre — Dr. Morris Fishbein.....	154
Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho.....	156
Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina.....	157
Instituto Penido Burnier.....	158
Hospital do Pênfigo Folíaceo.....	158
Novo docente livre.....	160
<b>Assuntos de atualidade:</b>	
A história médica nos selos.....	160
<b>Congressos Médicos:</b>	
III Congresso Médico Social Brasileiro.....	161
I Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria.....	162
<b>Literatura Médica:</b>	
Livros recebidos.....	162
Teses recebidas.....	166
Folhetos e separata.....	167

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

## **GENCITROPINA**

### **LABOTHERPE**

*Formula:*

CADA DRAGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal . . . . .	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea	<i>gastro-refratária</i>	

**INDICAÇÕES:** Giardíase intestinalis, Infestação por *Enterobius vermiculares*, *Estrongiloides*, *Estercolaris* e por *Heminolepis*.

**LABORATÓRIO BRASILEIRO DE TERAPEUTICA LTDA.**  
CAIXA POSTAL, 5018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 6-2955 - S. PAULO

## **CITONECRON**

**ex-TONECRON**

**PRINCÍPIO ANTITÓXICO DO FÍGADO**

(fração hidrossolúvel)

**ASSOCIADO À VITAMINA B<sup>1</sup>**

**ESTIMULANTE DA FUNÇÃO ANTITÓXICA**

**— DO FÍGADO —**

**ALTAMENTE CONCENTRADO E PURIFICADO**

**Em duas apresentações:**

Ampolas de 3 cm<sup>3</sup> com 20 mg. de Vitamina B<sup>1</sup>

" " 1 " " 5 " " " "

**Únicos Distribuidores:**

**COMPANHIA FARMACEUTICA BRASILEIRA**

**VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.**

**PRAÇA DA LIBERDADE, 91**

**SÃO PAULO**

a

CA

DO





# Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitinguí, 114 — Telefone, 3-4198

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 5 00

Vol. LIV

Agosto de 1947

N. 2

## Anestesia em proctologia \*

**Marcello Brant de Carvalho Nogueira**

*Chefe de Clínica Cirúrgica da Penitenciária do Estado*

e

**Enos Costa França Mondadori**

*Médico da Penitenciária do Estado*

O proctologo, amiudadamente, vê-se a braços com certas dificuldades, por causa do sintoma dór, para examinar e tratar o indivíduo que o consulta.

O reto e o anus são ricamente inervados, daí a freqüência com que as afecções desses órgãos se acompanham de intensas dores, que muito incomodam e irritam seus portadores. O especialista necessita, pois, evitar, ao examinar seu paciente, que este sinta dór, opera-lo sob uma boa anestesia, e dirigir seus cuidados, em seguida, no sentido de que ele não sofra nas horas posteriores à intervenção. E o proctologo dispõe hoje em dia, de recursos para evitar padecimentos ao seu paciente.

Neste trabalho vamos tratar dos vários tipos de anestesia que podem ser empregados para a realização da cirurgia do reto e do anus. Serão focalizados, a par de nossa conduta sobre o assunto, na prática da cirurgia proctologica, apenas os principais aspectos dos diferentes tipos e técnicas de anestesia que mais interessam ao especialista.

\* Trabalho apresentado na 1.ª Reunião da Sociedade Brasileira de Proctologia, realizada na Capital Federal, em 21 de Novembro de 1946.

## PREPARO PRÉ-ANESTÉSICO

Após cuidadosa indagação dos estados hepático, renal, nervoso e dos aparelhos respiratório e circulatório, é feita a indicação anestésica levando-se em conta, além do estado geral do paciente, seu comportamento psíquico, sua idade, a natureza e séde da afecção cirúrgica, o provável tempo de duração do ato operatório, suas condições materiais, etc.

O preparo pré-anestésico consta, em essência, de três tempos: 1) pesquisa do reflexo-oculo-cardíaco; 2) preparo psíquico; 3) emprêgo de hipnóticos.

*Reflexo-oculo-cardíaco.* Este reflexo dá-nos uma indicação bastante aproximada do estado neuro-vegetativo do indivíduo. Consiste na modificação reflexa que experimenta a freqüência do pulso quando se faz pressão sobre os globos oculares. Sua verificação, executada no indivíduo deitado e em completo repouso físico e psíquico, requer delicadeza e tato, porquanto, uma compressão brusca e violenta dos globos oculares poderá acarretar morte do paciente por inibição cardíaca reflexa.

Para a sua pesquisa apoia-se, bastante de leve, os dedos polegar e médio de uma das mãos sobre os globos oculares do paciente, enquanto com a outra mão apalpa-se seu pulso. Não se notando nenhuma modificação para o lado deste, prossegue-se, progressiva e muito lentamente, a pressão digital sobre os globos oculares, nunca se devendo exercer, sobre estes, uma compressão demasiada. Conta-se, então, a freqüência do pulso para compara-la com a existente antes de executada a manobra descrita.

Na eventualidade do pulso mostrar-se irregular, ou do aparecimento de notável bradicardia durante a pesquisa do reflexo, suspende-se, imediatamente, a compressão sobre os globos oculares.

Quando pela pesquisa do reflexo-oculo-cardíaco é observada diminuição grande na freqüência do pulso, maior de menos dez (10) por minuto, quer dizer que o indivíduo é vagotônico. Reflexo-oculo-cardíaco nulo ou quando é muito pequena a modificação da freqüência, traduz normalidade do sistema nervoso autônomo. No simpaticotônico o reflexo é invertido, isto é, nota-se aceleração do pulso pela compressão dos globos oculares.

Os vagotônicos são indivíduos hipersensíveis, sujeitos aos mais graves acidentes devidos à narcose ou às manipulações do cirurgião sobre certas zonas reflexógenas. Admitindo-se que a inibição reflexa do coração, a conhecida e temida síncope branca inicial, é causada por excitação de vapores anestésicos, pode-se evitar, uma vez feita a correção, pela atropina, do estado de va-

gotônismo do paciente, este gravíssimo acidente, sempre mortal. Esta síncope anestésica inicial é observada, com maior freqüência, pelo emprego do cloreto de etila, clorofórmio e misturas que os contenham, como o balsofórmio (composto de éter, clorofórmio, cloreto de etila e gomenol). Os vagotônicos devem receber, portanto, sempre que vão ser submetidos a uma anestesia, qualquer que seja o tipo desta, com o fim de ser abolido o risco de síncope cardíaca, uma injeção de sulfato neutro de atropina, na dose de  $\frac{1}{4}$  a  $\frac{1}{2}$  miligramo, feita 20 minutos antes da anestesia. Essa injeção de atropina deve ser feita também, sistematicamente, em todos os candidatos à narcose pelo éter, qualquer que seja o resultado da verificação do refléxo-oculo-cardíaco, com o fim de reduzir as secreções glandulares de modo a evitar os perigos e incomodos da abundante secreção salivar e dos brônquios durante a éterização e de suspender a secreção de suor, reduzindo assim os inconvenientes do resfriamento e da desidratação do organismo.

Por serem os indivíduos com refléxo-oculo-cardíaco nulo ou invertido, particularmente sensíveis à ação da adrenalina, nos casos em que ele assim se apresenta e quando deseja-se uma anestesia parcial, que sempre é feita com um anestésico ao qual é associada a adrenalina, é aconselhável uma prévia injeção de cafeína.

*Preparo psíquico.* Este é um aspecto com freqüência muito descurado na prática da anestesia, porém, importantíssimo.

O médico deve sempre preparar, sob o ponto de vista psíquico, seu paciente para o ato da anestesia. Quem aguarda uma operação sente-se, em geral, apreensivo. O trauma psíquico é, em certos casos, de conseqüências mais funestas que o determinado pela manipulação operatória dos tecidos, variando sua intensidade com o temperamento do indivíduo, duração e natureza da moléstia, idade, grau de cultura, etc. O que mais preocupa o paciente na expectativa de uma operação, é supôr que o cirurgião dê início a essa antes de que ele esteja anestesiado, pensando que sentirá dor sem poder reagir ou tornar manifesto seu padecimento. Sempre deve o médico, pois, assegurar categoricamente ao seu doente que ele não sofrerá nada, que a anestesia é uma coisa banal, que tantos e tantos outros já passaram, sem nenhum padecimento, por circunstância semelhante, e que enquanto não estiver completamente insensibilizado ou dormindo profundamente, poderá estar seguro que o cirurgião não começará a operação. A psicoterapia que tem por finalidade, no caso, afastar as preocupações do paciente, minorar a angústia pré-operatória e captar sua confiança e conseguir sua colaboração, quando criteriosamente orientada poderá modificar, notavelmente, o estado mental do operando, facilitando bastante a anestesia em todas

as suas fases. Uma condição, entretanto, se impõe: o médico nunca deverá mentir ao seu paciente; nunca deverá prometer-lhe o que não fôr viável ou o que não estiver em suas intenções realizar. O sono crepuscular provocado pela administração prévia de um hipnótico torna o indivíduo mais calmo, confiante e bastante receptivo às palavras de conforto e animação do anestesista, devendo este aproveitar mais essa ocasião para persuadir favoravelmente seu doente.

*Emprêgo de hipnóticos.* A finalidade do emprêgo de hipnóticos, antes da anestesia, é suprimir a angústia pré-operatória, facilitar a indução da narcose, evitar o estágio de excitação e assegurar bom sono e despertar calmo. No caso de se realizar anestesia local, esta é melhor aceita pelo paciente que torna-se, geralmente, menos sensível e mais confiante.

O médico dispõe, hoje em dia, de vários produtos para a obtenção desse estado, entre os quais usamos, de preferência, os seguintes: escofedal (Merck), sedol (Rhodia), seconal (Lilly), nembital (Abbott).

O escofedal é composto de bromidrato de escopolamina (0,0005 gr.), eucodal (0,01 gr.), efetonina (0,025 gr.) e água destilada na quantidade necessária para completar 1 cc. Há muitos anos fazemos uso deste produto no preparo de candidatos a vários procesos de anestesia. E' muito variável a sensibilidade dos indivíduos em face de uma mesma dose de escofedal, daí a cautela que devem ter, ao indica-lo, aqueles que não estão habituados ao seu emprêgo. E' aconselhável, para estes, começar a usa-lo em pequenas doses e as ir aumentando aos poucos. Assim procedendo evitarão sustos desagradáveis, terão ocasião de observar sua ação nos diversos tipos de indivíduos e se acostumarão a avaliar, ainda que aproximadamente, a dosagem necessária para a obtenção do resultado desejado.

Algumas pessoas o suportam bem, enquanto que para outras seus efeitos se manifestam de maneira exagerada. Às vezes nota-se perda da consciência. Certos pacientes, raros, entretanto, apresentam agitação. O escofedal produz elevação da pressão arterial, sendo, portanto, contraindicado nos hipertensos. Seu emprêgo faz com que a ferida operatória sangre mais que habitualmente. Algumas vezes causa bradicardia, outras vezes aceleração do pulso, sempre, entretanto, aumento da amplitude dos movimentos respiratórios e bradipnéia.

Administramos, habitualmente, 40 a 50 minutos antes do início da narcose por inalação ou da anestesia local, 1 cc. de escofedal em injeção intramuscular ou sub-cutânea. Nas pessoas débeis utilizamos apenas  $\frac{1}{2}$  cc. ou menos, na falta de outro hipnótico de ação mais moderada. Quando se deseja um efeito hipnótico mais pronunciado (operação de grande porte sob anestesia

local, por exemplo), faz-se, uma hora antes, 1 cc. do produto, e, de acôrdo com o efeito verificado decorridos 30 a 40 minutos, injeta-se mais  $\frac{1}{2}$  cc. ou 1 cc. Em muitos pacientes é violento o efeito produzido pelo emprêgo de 2 cc. de escofedal, motivo pelo qual só raramente e em casos especiais fazemos uso dessa dôse. Sua administração pela via venosa, em injeção bastante lenta, excepcionalmente utilizada por nós, justifica-se quando se deseja um efeito hipnótico, imediato e é executada por pessoa experimentada.

O sedol, largamente usado em nosso meio, é uma solução isotômica esparteínada de cloridrato de morfina (0,006 gr.) e bromidrato de escopolamina (0,0002 gr.). Em injeção hipodérmica, 40 minutos antes da operação.

Seconal é o barbiturato sódico de alil-propil-metil-carbinil. Vem acondicionado em cápsulas de 0,1 gr.. Em confronto com outros barbitúricos, é de curta duração o efeito hipnótico produzido por este produto. Como pré-anestésico administra-se 0,2 gr., por via oral, meia hora antes do paciente ser transportado para a sala de operações. Em indivíduos sensíveis, franzinos, empregamos apenas 0,1 gr.. Não se obtendo o resultado desejado pode-se aumentar, então, a dôse, dando-se o conteúdo de mais  $\frac{1}{2}$  ou 1 cápsula.

Cada cápsula de nembutal contém 0, 1 gr. de sódio etil (1 metil-butil) barbiturato. Dar 1 ou 2 cápsulas, meia hora antes da anestesia, conforme o critério acima descrito.

### NARCOSE POR INALAÇÃO

Quando se deseja uma narcose por inalação, pode-se recorrer ao emprêgo de um dos seguintes vapores ou gases anestésicos: cloreto de etila, éter, protoxido de azoto, etileno, ciclopropano.

Na narcose por sucessão de anestésicos damos preferência a iniciar a anestesia com o protoxido de azoto e continua-la logo que o paciente esteja dormindo, com éter, empregando um dos modernos aparelhos dosimétricos (Heidbrink, Foregger, Mc Kesson).

Evitamos, o mais possível, a narcose por associação, de anestésicos. A mistura mais utilizada para esse fim, em nosso meio, é o balsoformio, (composto de 6 partes de éter, 2 de cloroformio e 1 de cloreto de etila). Do ponto de vista teórico, a finalidade das misturas é reforçar a ação, combinar as finalidades e corrigir os defeitos das diferentes substâncias anestésicas. Um de nós, entretanto, já chamou a atenção para o fato de que na prática não e observa isso e que, portanto, não há razão para continuar a empregar o balsoformio, a não ser em casos espe-

ciais. Os efeitos de potenciação e sinergismo só são obtidos quando a ação farmacológica das substâncias administradas vai verificar-se sobre diferentes esferas cerebrais, como, por exemplo, se observa quando se pratica, antes da narcose pelo éter, uma injeção de morfina. Neste caso, a quantidade de éter necessária para produzir uma anestesia profunda, será menor. O balsofórmio não representa uma combinação de substâncias anestésicas, porém, apenas uma mistura. Quando se o emprega, administra-se sucessivamente 3 anestésicos diferentes, porquanto, são diversos os graus de volatilidade do cloreto de etila, do éter e do clorofórmio. E este último deve ser considerado um anestésico já do passado. E' o mais tóxico de todos os narcóticos gerais. E' perigoso, imediatamente, por poder causar a síncope cardíaca inicial, e, tardiamente, pelas lesões e complicações que com freqüência determina. Também o cloreto de etila é responsável por um bom número de mortes consequentes à síncope branca inicial.

Nunca deve-se administrar o balsofórmio, que contém, como vimos, cloreto de etila e clorofórmio, quando uma anestesia local, praticada com novocaina-adrenalina ou neotutocaina-adrenalina, fôr insuficiente. Também, inversamente, num indivíduo sob a ação do balsofórmio ou do cloreto de etila não se pode, sem grave risco, fazer uma injeção de adrenalina (e também lobelina) ou de um anestésico local contendo esta substância. A razão desse procedimento é evitar o desencadeamento da síncope adrenalino-cloroformica, que mata por parada do coração (fibrilação ventricular) seguida de cessação da respiração.

O éter, pela segurança que oferece, pelo seu baixo custo, e pela facilidade de sua administração, é o narcótico por nós eleito sempre que desejamos um sono profundo e de certa duração.

Para os casos que não necessitam dilatação do esfíncter anal, que não requerem, portanto, uma narcose profunda, e quando a intervenção não carece de mais que alguns minutos para ser praticada, empregamos o cloreto de etila ou, então, um dos gases anestésicos. O cloreto de etila exige, de quem o administra, experiência, pois, o reputamos um dos mais perigosos anestésicos. Seu uso deve ser evitado sempre que possível.

Antes de qualquer narcose por inalação deve-se levar em consideração o que dissemos, atrás, à respeito do preparo pré-anestésico do paciente.

Quando usamos o éter, sistematicamente praticamos, antes do início da narcose, uma injeção de  $\frac{1}{4}$  de miligramo de sulfato de atropina, com o fim de evitar uma abundante salivação e os inconvenientes que dela podem decorrer. Durante e após a narcose, fazemos o paciente inalar gás carbônico ou carbogênio. Durante a anestesia, sempre que se deseja aprofunda-la rapidamente, para a realização de tempo operatório mais laborioso;



no aparecimento de cianose; para combater a depressão da respiração, etc. No posoperatório, para apressar o despertar e para realizar a profilaxia das complicações respiratórias.

Associamos sempre à narcose, quando praticamos uma intervenção que requer abundante manipulação ou, então, trações dos tecidos, a infiltração anestésica local com neotutocaina a 1/750, com o fim de bloquear os nervos da região operatória e abolir, assim, as excitações centripetas, sempre prejudiciais e frequentemente responsáveis pelo choque operatório.

### NARCOSE INTRAVENOSA

Este método, até o presente momento, é de preferência indicado, no domínio da proctologia, para a prática de pequenas intervenções: exames doloros, abertura de abcessos, ressecção de mamilos trombosados e de plicomas, etc. Para operação de maior vulto, quando se o usa, faz-se necessário completa-lo com a narcose por inalação ou, então, com infiltração anestésica local. Esse último procedimento é o preferido por nós.

Deve-se ter presente que falta, à narcose intravenosa, por enquanto, base científica que justifique seu uso deliberado para a produção de uma anestesia geral completa.

Seu emprêgo requer, de quem a pratica, experiência na administração de drogas anestésicas pelas vias endovenosa e retal.

O tionembutal é o anestésico mais usado, ultimamente, para a prática da narcose intravenosa e que oferece, sem dúvida, maior segurança. A administração concomitante, durante o curso da narcose, de oxigênio, aumenta a margem de segurança desse tipo de anestesia.

As principais contraindicações ao emprêgo da anestesia intravenosa pelo tionembutal, são as seguintes: a) qualquer afecção cardíaca acompanhada de sinais de descompensação; b) doentes portadores de dispnéia ou qualquer causa de deficiência respiratória (anemia, obstrução das vias respiratórias por tumores, bronquite, pneumonia, etc.); c) pacientes com estômago cheio; d) indivíduos muito fracos ou caquéticos; e) portadores de piodermite localizada no sítio de injeção; f) casos que apresentam veias difíceis de serem puncionadas.

O tionembutal pode ser usado para anestesiado tanto pacientes hospitalizados, como de ambulatório.

A técnica de sua aplicação, naturalmente deve ser adaptada ao fim em vista. Geralmente o doente desperta pouco depois de cessada a injeção de anestésico, quando não lhe foi administrado, previamente, nenhum hipnótico, e quando o tionembutal foi injetado bastante lentamente, só para satisfazer as mínimas condi-

ções exigidas para a realização da intervenção. E' prudente, entretanto, o especialista só realizar a narcose intravenosa em doente internado, pois, só nesse caso dispõe o médico de todos os recursos para atender um eventual acidente.

A administração de atropina é feita, sempre, meia-hora antes do início da narcose. Em muitos pacientes fazemos, também, quando desejamos um sono prolongado, uma injeção de sedol, meia-hora antes do individuo ser transportado para a sala operatória.

A solução de tionembutal deve ser preparada no momento de ser usada. Dissolve-se 1 gr. de tionembutal em 20 cc. de água destilada esteril, obtendo-se assim, uma solução a 5 %.

A injeção é feita, de preferência, numa das veias da dobra do cotovelo. Primeiro, injeta-se 1 cc. da solução. Vai-se introduzindo, em seguida, lentamente, o líquido anestésico, até o paciente perder a consciência. Com o tempo gasto e a dose necessários para fazer o doente dormir, já se pode avaliar a provável tolerância deste em relação a droga. Quando ele dá qualquer sinal de despertar, injeta-se mais um pouco de anestésico, sempre lentamente. Só a experiência guia, com segurança, o anestesista, pois, cada paciente requer uma dose diferente e reage de maneira diversa. A vigilância tem que ser constante, principalmente para o lado da respiração, da coloração da pele, e do pulso. Quando a depressão respiratória é acentuada, é aconselhável injetar, intramuscularmente, coramina, lobelina, ou qualquer outro estimulante respiratório, e fazer o paciente inalar carbogênio.

O paciente necessita, de resto como para qualquer narcose, ter assistência até despertar completamente.

### ANESTESIA LOCAL

A anestesia local tem por finalidade abolir a sensibilidade, por ação de uma substância anestésica sobre o sistema nervoso periférico, ao nível da região operatória. Pode ser produzida: a) por refrigeração ou por imbibição das camadas superficiais dos tecidos (anestesia de superfície); b) por injeção do líquido anestésico na intimidade dos tecidos do campo operatório (anestesia local infiltrativa); c) por bloqueio anestésico de troncos nervosos ou seus ramos que presidem à sensibilidade da zona operatória (anestesia regional).

A primeira forma tem aplicação restrita em proctologia. Praticamente só é usada para abertura de pequenos abscessos das margens do ânus. Habitualmente emprega-se o cloreto de etila, que pela sua evaporação rápida determina congelação e consequente anestesia das terminações periféricas, ocasionando

analgesia superficial e transitória, de duração de um minuto. Tem o inconveniente de tornar a pele endurecida, dificultando sua incisão.

O "botão dérmico" representa o tipo mais simples de anestesia local infiltrativa. O anestésico é introduzido no derma por intermédio de uma agulha de calibre bastante reduzido e com bisel curto e bem afiado. Este deve ser voltado para cima. A medida que se injeta a solução, verifica-se a formação de um botão esbranquiçado e rugoso, com aspecto de casca de laranja. Dentro da área infiltrada a anestesia é perfeita. Preferimos este tipo de anestesia para a incisão de abscessos ano-retais superficiais, toda vez que a narcose seja contraindicada. Ainda constitui tempo preliminar obrigatório para a anestesia de infiltração propriamente dita, e para os vários tipos de anestésias regio-

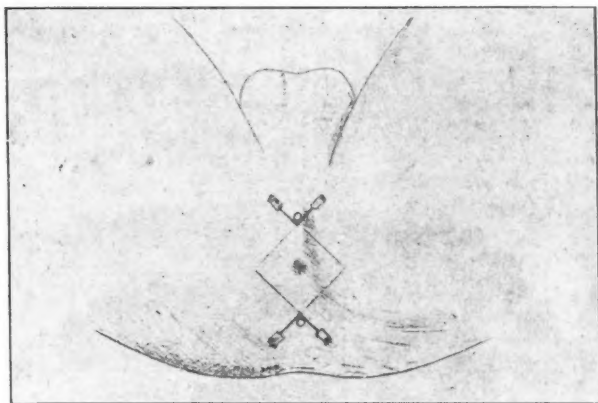


Fig. 1

nais. A anestesia local infiltrativa é indicada para pequenas intervenções ano-retais, como, por ex.: esvaziamento de trombos hemorroidários, extirpação de papilas hipertrofiadas, fissuras, ressecção de plicomas, etc. Sua técnica é simples. Consiste em infiltrar diretamente os tecidos que constituem e limitam o campo operatório.

Com o emprego da anestesia loco-regional o cirurgião procede ao bloqueio, antes de sua distribuição periférica, dos nervos que comandam a sensibilidade da região ano-retal, de maneira que não se observa deformação da zona de intervenção. O relaxamento do esfíncter é plenamente satisfatório, assim como a analgesia. Adotamos, em nossa prática, o procedimento recomendado por Bacon, que é semelhante ao de Werner,

diferindo do deste somente em dois pontos. Primeiro, na posição do paciente que é de litotomia, em lugar de decúbito lateral esquerdo preconizado por Werner. Dessa maneira obtém-se melhor exposição do perineo e ânus, ficando o paciente, definitivamente, na posição na qual vai ser operado. Segundo, na execução de dois "botões dérmicos", um anterior e outro posterior, com o fim de abolir a dor por ocasião da penetração da agulha, mais calibrosa, utilizada para a realização das injeções profundas.

Uma vez o paciente em posição, e realizada a antissépsia, dá-se início à anestesia. Primeiramente faz-se um "botão dérmico" na linha mediana posterior, distante 2 cm. do ânus, por onde penetrará, logo em seguida, uma agulha maior (5 cm.) que será guiada em seu trajeto pelo dedo indicador da mão esquerda,

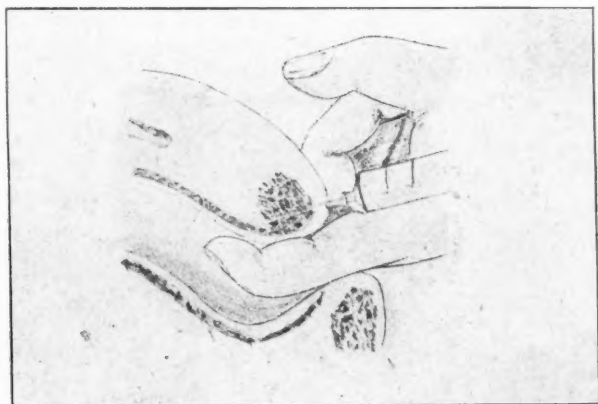


Fig. 2

que é colocado no canal anal. Essa é introduzida cerca de 3 ou 4 centímetros, paralela e posteriormente ao canal anal, e durante sua progressão vai-se injetando a solução de neutotocaina a 1/750, num total de 10 cc. Este tempo tem por finalidade bloquear os ramos posteriores do nervo hemorroidário inferior, os nervos cocígeos e o ramo perineal do 4.º nervo sacro.

Em seguida retira-se a agulha até o nível do "botão" anestésico, e se a introduz, profundamente, no lado esquerdo, para frente e para fóra, injetando-se 5 cc. de anestésico. Novamente recua-se a agulha até à pele e repete-se, no lado direito, o mesmo proceder acima referido. Essas injeções postero-laterais insensibilizam, em nível mais alto, os nervos hemorroidários inferiores, assim como o nervo perineal com seu ramo escrotal posterior ou labial e os ramos musculares do nervo dorsal do penis

(clitoris, na mulher). Feito o "botão dérmico" na linha mediana anterior, num ponto distando 2 ctm. da margem do ânus, sempre com o dedo indicador do reto, afim de servir de ponto de apoio e de guia para a agulha, pratica-se, como foi feito na parte posterior, uma infiltração mediana (10 cc.) e duas laterais, uma em cada lado (5 cc. para cada uma). A injeção anterior, mediana, atinge os nervos posteriores do escroto, os ramos comunicantes com o ramo perineal do femuro cutâneo posterior e seu ramo muscular para o transverso superficial do períneo. As antero-laterais inibem os ramos terminais do nervo perineal, os ramos musculares do nervo dorsal do penis (clitoris, na mulher) e ramificações mais anteriores do nervo hemorroidário inferior.

Fica, assim, completada a insensibilização da região operatória, com um total aproximado de 40 cc. de solução de neotutocaina. Deve-se atender que todas as injeções precisam ser praticadas fóra do canal anal e do reto, e em hipotese alguma deve a agulha penetrar em qualquer túnica da parêde. Também, nem durante, nem após as injeções deve-se perceber deformação ou abaulamento produzidos pela infiltração.

As substâncias mais usadas para realização da anestesia local, são: a novocaina, percaina e neotutocaina.

A novocaina (escurocaina, procaina) deve ser usada em solução em soro fisiológico, de preparo recente. Pode ser empregada nas concentrações de 0,5, 1 e 2%. Não há necessidade, em geral, de se injetar mais que 50 cc., entretanto, até 200 cc. de solução a 1% injetados lentamente, é dosagem facilmente tolerada pela maioria dos pacientes adultos. O inconveniente da novocaina reside na breve duração de seu efeito anestésico. Com o auxílio da adrenalina (20 gotas de adrenalina a 1/1000 para 100 cc. de solução), o período de anestesia se dilata graças à vasoconstrição que retarda a absorção do anestésico. Seu efeito só é completo 10 a 15 minutos após a injeção, obrigando assim o cirurgião a esperar um certo tempo afim de conseguir uma boa insensibilização.

A percaina (nupercaina) é muito mais tóxica que a novocaina. A concentração empregada para a anestesia local é de 1/1000.

A duração de seu efeito anestésico é de duas, três ou mais horas. Não usamos a percaina por causa de sua grande toxicidade.

A neotutocaina (pantocaina) constitui, a nosso vêr, a melhor droga para a prática da anestesia local. Usamos solução em soro fisiológico, na concentração de 1/750, adicionando adrenalina, no momento de seu emprêgo, na proporção já referida, isto é, de 20 gotas para cada 100 cc. de solução. Seu efeito perdura por 2 a 3 horas.

A anestesia loco-regional pela técnica preconizada por Bacon, e particularmente quando feita com a solução de neotuto-

caina a 1/750, dá ótimo resultado; a insensibilização é completa, e bom o relaxamento do esfíncter.

O material empregado representa fator importante para a consecução de bons resultados. Trabalhamos com escolhidas seringas de vidro, providas de agulhas de aço flexíveis e de pequeno calibre. Estas facilitam as injeções postero e antero-laterais, até certo ponto difíceis de serem executadas na posição de litotomia.

Nas mais variadas afecções proctológicas temos agido sob anestesia loco-regional: nas hemorróidas, fissuras, polípos de localização baixa, prolapso mucoso e procidência moderada do reto na ressecção da mucosa retal pelo processo de Whitehead, usada para a cura do prolapso mucoso ou de determinados tipos de mamilos hemmoidários, a anestesia loco-regional facilita sobremaneira a operação. O descolamento do manquito mucoso torna-se fácil, sangrando pouco devido à vasoconstricção determinada pela adrenalina bem como pela distensão produzida pela solução anestésica.

A anestesia loco-regional é contraindicada em presença de supuração aberta, nas fístulas complexas, nos tumores malignos, e, de um modo geral, em todo caso em que é exigida uma intervenção cirúrgica ampla.

### PERIDURAL

A anestesia peridural é realizada pela introdução de uma substância anestésica no espaço extradural, isto é, no espaço que separa a medula e seus envoltórios, das paredes do canal ósseo raquidiano, impregnando e bloqueando exclusivamente as raízes raquídeas, fóra do contato do líquor.

Foram idealizados, exclusivamente para facilitar a técnica desta anestesia, vários tipos de agulhas. Uma boa agulha deve preencher os seguintes requisitos: necessita ser pouco flexível, de calibre regular (1 a 1,5 mm.) com bisel curto e cortante, e deve possuir, junto a seu pavilhão, um dispositivo que dê apoio aos dedos polegares e indicadores durante sua introdução, e ao de calibre regular (1 a 1,5 mm.), com bisel curto e cortante, e polegar e indicador da mão esquerda por ocasião da injeção da solução anestésica.

Usamos 40 a 50 cc. de uma solução de escurocaina (novocaina, procaina) a 2% (escurocaina 0,50 gr. + renaleptina 0,0004 gr. + sôro fisiológico 25 cc.) Bons resultados obtem-se também com a mistura novocaina-neotutocaina (novocaina 0,50 gr. + neotutocaina 0,05 gr. + sôro fisiológico 25 cc.).



Com o emprêgo de uma dessas soluções poderemos contar com uma anestesia de duração mínima de 40 minutos. Esta se instala, entretanto, só 15 a 20 minutos depois da injeção anestésica.

As provas de reconhecimento da presença da ponta da agulha no espaço peridural, por nós sempre realizadas antes de injetarmos a solução anestésica, são as seguintes: da gota, da aspiração com seringa, da pressão e sinal de dor.

Para execução da anestesia o paciente é posto em posição sentada, com flexão da coluna para a frente e mento contra o esterno, na mesma posição, pois, geralmente utilizada para realização da raquianestesia.

A punção, mediana, poderá ser realizada no 2.º, 3.º ou 4.º espaços lombares. Após cuidadosa antisepsia do local de punção, procede-se à introdução da agulha até que ela atravesse a pele, planos subjacentes, e penetre na espessura do ligamento inter-espinhoso, quando se orna fixa. Retiramos, então, o mandril e enchemos sua luz com água destilada de maneira tal que uma gota desta, faça saliência para o exterior. Em seguida prosseguimos na introdução lenta da agulha até que a gota, que se acha proeminente em seu pavilhão, seja aspirada. Para maior certeza ainda que, de fato, a ponta da agulha se encontra no espaço peridural, adaptamos a seringa contendo água destilada ao seu pavilhão, após procedermos a uma aspiração e verificarmos que não há saída de líquido céfalo-raquidiano nem de sangue e que, portanto, a ponta da agulha não se encontra no espaço-sub-aracnóideo nem no interior de uma veia do pléxo peridural, fazemos, então, a injeção de 2 a 3 cc. de água destilada. Essa injeção não deve experimentar resistência e o paciente, nesse momento, deve acusar dor. Passa-se, então, à injeção da solução anestésica, que pode ser feita fracionadamente ou de uma só vez, neste último caso muito lentamente, sempre se verificando após a introdução de cada 5 a 6 cc., por uma cuidadosa aspiração, se não há saída de líquido-céfalo-raquidiano. Os que se iniciam na prática dessa anestesia devem injetar aos poucos o anestésico, verificando constantemente o aparecimento de sinais reveladores de anestesia raquidea (formigamento e perturbações da motricidade dos membros inferiores) que, se aparecerem obrigam a interromper imediatamente a peridural e a preparar todo o material necessário para socorrer um grave acidente.

No caso da agulha atravessar a duramater e a solução anestésica ser injetada, acidentalmente, no espaço sub-aracnóideo como para a realização da raquianestesia, em virtude de sua quantidade, de sua elevada dosagem três a quatro vezes superior à permitida, vai causar a morte do paciente. Este constitui o mais sério e grave perigo da peridural, devendo o anestesista empregar toda sua atenção com o fim de evita-lo.

Quando, ao se procurar atingir o espaço extradural, é perfurada a duramater e houver saída de líquido-céfaloraquidiano, deve-se desistir da realização da peridural.

A anestesia peridural, em proctologia, é indicada apenas quando se necessita intervir por via abdominal, nas ressecções do reto, colostomias, colectomias, laparatomias exploradoras. Nesses casos coloca-se o paciente, logo após a realização da injeção, em discreta posição proclive para melhor difusão, por gravidade, do agente anestésico.

Nem sempre se obtém, com esse tipo de anestesia, boa insensibilização da porção inferior do reto e canal anal, daí não ser aconselhável seu emprego quando se tem que agir sobre essas regiões.

### EPIDURAL SACRA

A epidural é uma anestesia extradural praticada por via inferior.

A introdução de anestésico, através do hiato sacro-cóccigeo, no canal sacro, impregnando os nervos nele contidos, causa insensibilização da região perineal, retal inferior e dos genitais externos, correspondendo assim, pois, este processo, à grande parte das necessidades da cirurgia proctológica.

Para sua execução necessita-se duas agulhas. Uma comum, de injeção hipodérmica, de calibre bem reduzido e bisel curto, para se praticar, na pele, com a solução anestésica, um "botão dérmico" no ponto de injeção. É conveniente infiltrar também, por seu intermédio, o tecido sub-cutâneo no trajeto da agulha de punção. Para introdução do anestésico no canal sacro usa-se uma agulha de 5 a 6 cm. de comprimento, afiada, preferivelmente provida de mandril. Uma agulha curta, de raquicentése, satisfaz plenamente. Esta deve ser introduzida 4 a 5 cm. no máximo, como garantia contra a perfuração da duramater, pois, o fundo-de-saco dural geralmente chega até à parte inferior da 2.<sup>a</sup> vértebra sacra, atingindo, em certos casos, o nível superior da 3.<sup>a</sup>, portanto, a uma distancia de mais ou menos 6 cm. do hiato sacro-cóccigeo.

A seringa, de 10 ou 20 cc., precisa ser forte e bem calibrada.

Obtem-se bom resultado com a mesma solução usada para a prática da peridural, isto é, solução adrenalinada, em sôro fisiológico, de escurocaina a 2 %. Esta já vem pronta ou então poderá ser preparada no momento de seu emprego (25 cc. de sôro fisiológico + 0,5 gr. de cristais de escurocaina + 5 gotas de solução millesimal de adrenalina).

De acordo com o estado geral, peso e tolerância do indivíduo, injeta-se de 15 a 25 cc., isto é, de 30 centgr. a 1/2 gr. de 20)

escurocaina. Não convém, entretanto, sem motivo especial, ultrapassar a dose de 40 ctgr. (20 cc.).

Sabendo-se que os anestésicos possuem ação geral tóxica e qua toxicidade, no caso, é função da quantidade da droga, em dado momento, no sangue circulante, deve-se temer a absorção rápida da escurocaina no espaço extradural, que é abundantemente vascularizado. Daí a razão prática da necessidade de se introduzir lentamente o anestésico no organismo.

O paciente pode ser colocado em decúbito ventral, com um coxim sob o ventre, ou em decúbito lateral esquerdo, na posição de "cão de fusil". Em seguida é feita a antisepsia da pele, tendo-se o prévio cuidado de colocar uma gaze, ou mecha de algodão, na parte superior do sulco intergluteo, afim de proteger o ânus contra a ação irritante do antisséptico.

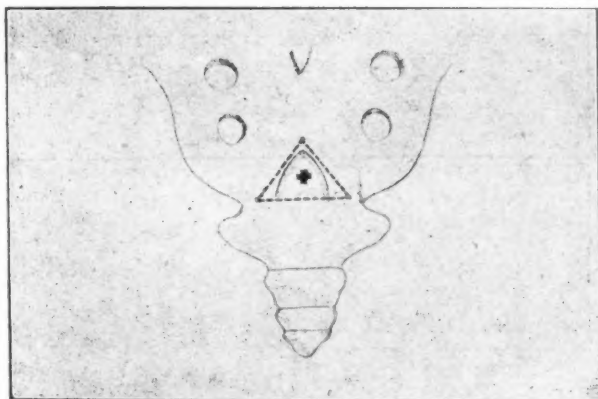


Fig. 3

Reconhece-se, explorando a região pela apalpação, os seguintes pontos de reparo: o cóccix, situado no fundo do sulco interglúteo; mais acima, sobre a linha mediana, a saliência das apófises espinhosas do sacro. Entre a extremidade inferior desta saliência e a base do cóccix, percebe-se uma depressão com a forma de um V invertido, limitada lateralmente pelas proeminências dos cornos sacros e correspondente à membrana que obtura o hiato sacro-cóccigeo. Unindo-se as três saliências ósseas, a da última apófise sacra com as dos cornos sacros, obtem-se um V invertido que, fechado por uma linha imaginária, forma um triângulo com base inferior. A agulha, para penetrar no canal sacro, deve perfurar a pele no meio da perpendicular que une o ápice desse triângulo à sua base, isto é, seu

local de penetração deve corresponder, na linha mediana, a um ponto situado pouco acima das extremidades dos cornos sacros. Nos indivíduos demasiadamente gordos é impossível a identificação dos pontos de reparo, o que torna impraticável a realização desta anestesia.

A punção do canal sacro é realizada em dois tempos. No primeiro, através do "botão" de anestesia previamente praticado no sítio de eleição já referido, faz-se penetrar a agulha com ligeira inclinação, até que se tenha a sensação de haver perfurado a membrana que obtura o hiato sacro-cóccigeo. Num segundo tempo dá-se á agulha uma posição quase paralela ao plano sacro e se a introduz cêrca de 2 a 3 ctm. mais. Ao se

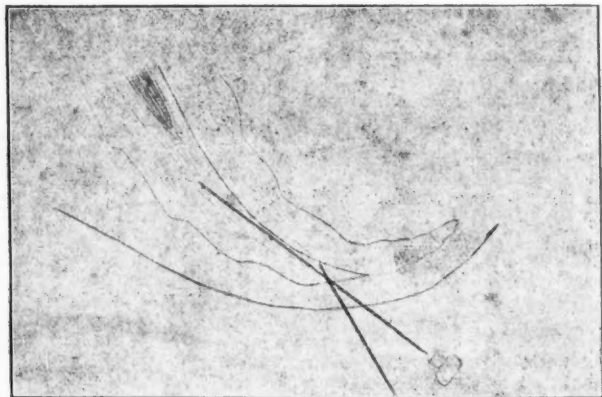


Fig. 4

executar essa mudança de direção, poderá acontecer que a ponta da agulha dê de encontro a um plano ósseo. Nesse caso basta afasta-la um pouco e tornar a introduzi-la em outra direção.

Antes de se injetar a solução deve-se observar, cuidadosamente, por aspiração com seringa, se não reflue líquido-céfaloraquidiano ou sangue. Na eventualidade de, acidentalmente, ter sido perfurado o fundo-de-saco dural ou havendo a ponta da agulha penetrado numa veia, é aconselhável, por medida de prudência, desistir da realização desse tipo de anestesia. Não achamos expediente absolutamente seguro o simples recuo da agulha até cessação do escoamento de líquido, pois, permanecerá aberto, por algum tempo ainda, o orifício praticado na duramater.

A introdução de anestésico no canal sacro oferece resistência, e deve, como já acima referimos, ser realizada lentamente, 22)

tendo-se o cuidado de observar constantemente o estado do paciente. O aparecimento de palidez, suores, de qualquer alteração respiratória ou da frequência do pulso, obriga interromper a injeção anestésica, ou, então, prosseguir nesta com mais lentidão.

Terminada a injeção o paciente poderá ser colocado em decúbito dorsal, na posição proclive ou na horizontal. A anestesia se instala dentro de 10 a 15 minutos e tem a duração média de 50 minutos. Este tipo de anestesia dá, em relação aos outros, um maior número de falhas. E' contraindicado sempre que houver qualquer infecção próxima à zona de penetração da agulha, e nos portadores de malformação local.

### RAQUIANESTESIA

No ambito da cirurgia proctológica o bloqueio sub-aracnóide oferece, a par de ótimo relaxamento dos esfíncteres do ânus, portanto, de uma boa insensibilização da região a operar, facilidade técnica de execução e bastante segurança.

As contraindicações clássicas (hipo e hipertensão, lesões cardíacas descompensadas, estados infecciosos com septicemia, etc) precisam ser respeitadas.

Ao se executar a raquianestesia para satisfazer as necessidades da cirurgia proctologica deve-se ter o cuidado de impedir a difusão do anestésico em altura, por desnecessária e afim de se evitar os principais inconvenientes e perigos desse tipo de anestesia.

Emprega-se uma agulha de boa qualidade (aço inoxidável ou platina), de pequeno calibre e com bisél curto. Este deve, ao se praticar a punção, ser voltado para o lado afim de causar menor traumatismo à duramater.

A solução C de escurocaina (novocaina, procaina) a 5 % (Rhodia), na dose de 10 a 12 centgr. produz boa anestesia com duração média de uma hora. Esta solução é hiperbarica, isto é, tem densidade superior à do líquido-céfalo-raquidiano. E' perfeitamente e com vantagem, pois, dispensável o emprêgo da solução pesada de percaina, bem mais tóxica que a escurocaina.

Aconselhamos a técnica abaixo exposta, com a qual temos obtido bons resultados tanto em relação e insensibilização quanto à segurança. Paciente sentado, com flexão da coluna para a frente e mento contra o esterno. Punção mediana ao nível do 4.º espaço intervertebral, entre a 4.ª e 5.ª vértebras lombares. Escoamento de 2 a 3 cc. de líquido. Introdução lenta e continua da solução anestésica. Após a retirada da agulha de punção, deitar vagarosamente, evitando-se todo movimento brusco, o paciente, e deixá-lo na posição horizontal ou em um Trendelenburg de 5 graus, pelo espaço de uns 10 minutos, tempo suficiente

para que se opere a neurofixação do anestésico. Só depois de decorrido este tempo poderá ser dada à mesa a inclinação que mais convier ao ato cirúrgico.

O risco de um acidente grave como soe ser a paralisia dos nervos intercostais e dos frênicos ou a inibição da respiração e da circulação, por impregnação anestésica dos segmentos superiores da medula ou dos centros bulbares está, portanto, afastado com o proceder acima referido.

### PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DOR POSOPERATÓRIA

A insensibilização prolongada da ferida operatória, pode ser tentada por intermédio de substâncias anestésicas veiculadas em meios que retardam sua absorção (óleos anestésicos) ou, então, por drogas anestésicas de baixo coeficiente específico de absorção (cloridrato de quinino e uréia, diotânio).

Em nosso meio existe à venda, preparada pelo Laboratório Spic, a formula proposta por W. B. Gabriel, de Londres, composta de percaína, álcool benzílico, fenol e óleo de amendoas. Nas vêzes que praticamos a infiltração anestésica, a título de observação, com o fim de obtermos uma insensibilização demorada, fizemos uso dessa solução oleosa, porém, não constatamos, com seu emprêgo, reais vantagens para o paciente. Apresenta, por outro lado, certos inconvenientes : ausência do resultado esperado, formação de abscessos e de oleomas, perturbações da cicatrização, prolongando muito a hospitalização do paciente.

O cloridrato de quinino e uréia possui numerosas desvantagens (provoca dor ao ser injetado; é tóxico protoplasmático; causa necrose quando é injetado superficialmente), motivo pelo qual foi abandonado seu uso.

Sobre diotânio, aceitamos o julgamento de Garat, que tem uma longa experiência de seu uso. J. A. Garat, da Argentina, em seu livro "Tratamiento de las Hemorroides", publicado em 1943, diz o seguinte: "após empregar durante cinco anos o cloridrato de diotânio e os óleos anestésicos como insensibilizantes posoperatórios, volto novamente ao uso da morfina, eucodal ou pantopon, por via hipodérmica, para combater com exito a dor no posoperatório". Diz este autor, ainda, que a melhor prevenção da dor posoperatória está na execução do próprio ato cirúrgico. Aliás, não é outra nossa opinião à respeito. Acharmos que o melhor meio de se evitar o padecimento do paciente nas horas que se seguem ao ato operatório, consiste na correta observância dos princípios que regem a indicação anestésica, a intervenção cirúrgica e os cuidados, locais e gerais, posteriores a esta.

A anestesia praticada à distância (raqui, epidural sacra), evita certas perturbações do metabolismo celular local, que sempre



diminuem a resistência dos tecidos, embora temporariamente, e evita também o traumatismo dos tecidos vizinhos ao campo operatório.

A anestesia local quando empregada e nós a indicamos com freqüência, deve ser praticada com agulha bastante fina e flexível, e conforme os preceitos técnicos acima por nós descritos. Emfim, a insensibilização necessita ser completa, perfeita, para se ter bom relaxamento do esfíncter, condição essencial para uma clara e delicada manipulação operatória.

E' igualmente importante a ação do médico no sentido de evitar o aparecimento do edema posoperatório, procurando assegurar, pelos meios adequados (curativos com a seguinte formula recomendada por J. A. Garat: cloridrato de percaína 1 gr. + cibasol 10 gr. + tanino 7 gr. + fenol 0,50 gr. + água destilada 20 gr. + gliceroleo de amido 80 gr. ou, na falta desta, com percaína + 2 gr. de sulfatiazol em pó; compressas úmidas e banhos de assento, quentes; posição conveniente do individuo no leito, etc.) uma evolução normal da ferida cirúrgica.

A dôr deverá ser prevenida e combatida pelos emprêgo de hipnóticos e analgésicos.

Endereço: Caixa Postal 198-B

NOTA — As figuras 1 e 2 foram copiadas de Bacon, H. E — "Anus Reto. Cólon Sigmóide" (edição brasileira) Ed. Freitas Bastos, 1941.

As figuras 3 e 4 foram copiadas de Pauchet, V. — "Anestesia Regional" (edição brasileira). Ed. Guanabara, 1937.

## VARICOCELE

Dr. EURICO  
BRANCO  
RIBEIRO

EDIÇÃO DE 1946

SALVAT, S. A.

Um volume de 98 páginas com ilustrações. Nas livrarias Medicas ou com Antônio Muñoz — Lavalle 371 — Buenos Aires

**TORAMIN** Uma colherada  
cada 3 horas

**O Xarope por excelência**

*Anti-tóxica, anti-necrótica, anti-infecciosa*

**Climax**

**ACROSIN**

AUTO E HETERO-INTOXICAÇÕES  
TOXEMIAS DAS DOENÇAS INFECCIOSAS  
ENFERMIDADES HEPÁTICAS  
ESTADOS ALÉRGICOS  
PRÉ E POST-OPERATÓRIOS  
VEÍCULO DOS ARSENOBENZÓIS  
USO INTRAMUSCULAR OU ENDOVENOSO

INSTALAÇÕES COMPLETAS PARA BANCOS  
BIBLIOTECAS, ARQUIVOS, LOJAS, ESCRITÓRIOS, ETC.

Fabrica de Cofres e Arquivos  
**BERNARDINI S. A.**

*Endereço Telegráfico "BERNARDINI"*

SÃO PAULO

LOJA  
VIADUTO BÔA VISTA, 75  
FONE, 2-1414

FABRICA E ESCRITÓRIO  
RUA ORIENTE, 769 e 785  
FONE, 9-5241

FILIAL NO RIO DE JANEIRO  
RUA DO CARMO, 61  
FONE, 23-2208

## Conduta do tratamento da varicocele \*

**Dr. Eurico Branco Ribeiro**

*Diretor do Sanatório São Lucas*

O tratamento profilático da varicocele delineado e recomendado por alguns autores (Billon) não se justifica diante da concepção que hoje temos acerca da etiologia da enfermidade.

Uma vez evidenciada a condição mórbida, cumpre averiguar quais as medidas que convém tomar. Na varicocele incipiente, quando o tumor venoso não adquiriu desenvolvimento, com sintomatologia subjetiva nula, sem ainda consequências somáticas apreciáveis (inexistência de atrofia e ptose testicular) — aconselham-se o uso de suspensório escrotal, a moderação nos exercícios físicos, os banhos frios, a refreação dos excessos sexuais. Praticamente não exerce influência benéfica a administração de certas drogas recomendadas pelos autores antigos, como a castanheira da Índia, o hamamelis virgínica, o hidratis canadense, o iodo, a valeriana, os brometos, etc.

Quando a sintomatologia subjetiva é vaga e discreta, embora já exista um tumor venoso bem desenvolvido, ainda o uso do suspensório ao lado de prescrições higiênicas pode constituir a conduta a recomendar-se, uma vez que o doente possa ser vigiado afim-de-se surpreender a tendência para a evolução progressiva da enfermidade, com o aparecimento da atrofia testicular ou agravamento dos sinais subjetivos. Em tais casos, a psicoterapia tem o valor de recurso auxiliar de efeitos apreciáveis.

A conduta cirúrgica é indicada de acôrdo ou com o doente ou com os característicos da moléstia. Quais são as varicoceles a operar? Quais são os doentes a operar?

São passíveis de intervenção cirúrgica as varicoceles dolorosas, as que se acompanham de ptose testicular acentuada, as que já acarretaram atrofia do testículo, as que assumem grande volume e as que condicionam impotência, embora mais provavelmente seja esta de ordem psíquica.

\* Capítulo do livro "Varicocele", editado em 1946 pela casa Salvat.

São passíveis de intervenção cirúrgica os portadores de varicocele que se enquadram na especificação que acabamos de fazer e os que a isso são forçados pelas suas atividades profissionais definitivas ou temporárias. Assim, embora a varicocele não esteja causando o menor distúrbio, os conscritos militares e os candidatos a certos empregos são forçados a se submeterem ao tratamento cirúrgico, sem o que não lhes será permitido exercerem a atividade em vista. Tornou-se clássico, nos meios militares, mandar operar toda varicocele diagnosticada. Temos intervindo em alguns cadetes do exército, por imposição da diretoria da escola que frequentavam. Na vida civil, as companhias de seguro, organizações ferroviárias e, em geral, todos os patrões que exigem exame prévio dos candidatos a emprego só os aceitam depois de operados da varicocele, embora discreta ou assintomática. E' o que Artemio Zeno chama de "varicocele administrativa", contingência que melhor se denominaria "tratamento compulsório da varicocele".

Luís Surraco esquematiza a conduta a seguir partindo do quadro abaixo:

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. <sup>a</sup> eventualidade | { grande síndrome anatômica<br>grande síndrome funcional   |
| 2. <sup>a</sup> eventualidade | { grande síndrome anatômica<br>pequena síndrome funcional  |
| 3. <sup>a</sup> eventualidade | { pequena síndrome anatômica<br>grande síndrome funcional  |
| 4. <sup>a</sup> eventualidade | { pequena síndrome anatômica<br>pequena síndrome funcional |

A conduta será intervencionista na 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> eventualidades e abstencionista na 4.<sup>a</sup> eventualidade; na 3.<sup>a</sup> eventualidade, o tratamento médico inicial será o indicado; si for ineficaz e si se adquire a segurança de uma relação entre o quadro funcional e o estado anatômico local, então Surraco encontra justificativa para a operação.

Lecène não reconhece nenhuma indicação para o tratamento cirúrgico; nos casos em que é solicitado a intervir em jovens que não podem ingressar no exército ou em outro serviço, faz apenas a suspensão do testículo pela ressecção escrotal. Isso quer dizer que também ele se coloca na contingência de ter que escolher um processo operatório. Outro abstencionista, Bernardo Dell'Oro, faz a "negativa sistemática da operação com a prescrição apropriada de suspensão", mas afirma que "temos, em última instância, o recurso de uma intervenção para aqueles casos em que a rebeldia das dores e demais moléstias, reais e não psíquicas, nos ponham na necessidade de operar".

## Considerações em tôrno da anafilaxia e alergia

**Dr. Haroldo Cardoso de Castro**

*Clinico no Distrito Federal*

O conceito de "hipersensibilidade", de um modo geral, teve sua primeira verificação nas magnificas observações de Hipócrates, quando referiu-se a doenças cosequêntes a intolerâncias alimentares, citando mesmo a urticária e certas manifestações mórbidas do aparelho gastro-entérico. São mencionadas ainda, como citações dignas de registro, as de Lucrécio, no 1.º Século A. C., ao qual se atribui a frase reveladora dos empíricos conhecimentos acêrca da hipersensibilidade. "A carne que alimenta um homem, pode envenenar outro". Galeno cita manifestações nasais resultantes da exposição a certas flôres, falando ainda de sintomas tipicamente alérgicos, consequêntes à ingestão de leite de cabra. Van Helmont, 100 anos antes, faz referências acêrca de certas asma provocadas por vegetais e flôres, fato êsse também relatado por médicos da Idade Média, como Botallus, Huerwolf e outros. No Século passado, as primeiras referências acêrca do conhecimento de fenômenos de hipersensibilidades, vem-nos de Bastock, o qual estudou, em 1819, certas doenças dos olhos e nariz, resultantes da ação de agentes físicos. A êsse mesmo autor deve-se a primeira descrição da "polinose", por êle imprópriamente chamada "hay fever", designação ainda hoje usada pelos americanos e ingleses. Estudos sôbre essa enfermidade foram posteriormente realizados por John Elliotson (1831) e Salter, em 1860, realiza empiricamente os primeiros testes cutâneos, esfregando um gato em seu próprio corpo e notando a reação urticariana então surgida. Backlly, em 1875, prossegue estudos anteriormente realizados, apresentando os testes de escarificação, nasais e oftálmicos.

Passo decisivo, entretanto, no que concerne aos conhecimentos científicos acêrca dos fenômenos de "hipersensibilidade", foi dado por Richet, quando em 1898 relata, juntamente com Héricourt, experiências realizadas com sôro de enguia, em injeções repetidas em animais. Pouco depois (1902), êle próprio, coadjuvado por Partier, realiza estudos com substâncias ex-

traídas de certas actíneas, as quais denominou “substância actino-congestiva”. Richet teve sua atenção voltada para cobaias submetidas a fracas doses dessa substância, observação levada a efeito na viagem realizada aos mares austrais, juntamente com o Príncipe de Mônaco. Notou que animais anteriormente injetados, reagiam de modo diferente, apresentando intensos choques às mínimas injeções, enquanto que os submetidos às primeiras aplicações parenterais, em doses idênticas às usadas nas segundas injeções, nada apresentavam de anormal. Denominou a êsse fenômeno “anafilaxia” (“Ana — de novo; “phylaxis” — precaução), afirmando, entretanto, ser privativo dos tóxicos, o que foi contestado, em 1903, por Arthus, que obteve a repetição do quadro mórbido, com injeção de soros estranhos. Êsse mesmo autor descreveu ainda a “anafilaxia local”, exteriorizada pela formação de edema e escara no ponto de 2.<sup>a</sup> injeção, fenômeno que recebeu posteriormente seu nome. Em 1906, Otto consegue transferir a anafilaxia, mediante injeção de sôro de cobaias sensibilizadas. Provou que animais assim injetados, apresentavam o típico choque anafilático, após uma 2.<sup>a</sup> injeção de sôro heterólogo. E finalmente, em 1910, Schultz-Dale realizam a experiência da “anafilaxia in vitro”, mediante registo das contrações de úteros isolados de cobaias sensibilizadas. Mostraram que a adição de sôro heterólogo, ao Solutio de Ringer onde o útero se achava mergulhado, bastava para desencadear uma contração do órgão ligado a um especial mecanismo de registo gráfico.

Fixou-se, assim, como conhecimento científico, o quadro mórbido da anafilaxia, generalizando-se ao homem — por dedução pouco lógica em se tratando de fenômeno biológico — as observações realizadas em animais de laboratório e enquadrando-se entidades patológicas humanas, como resultantes de fenômenos anafiláticos. Assim, no caso particular dos choques verificados com as injeções de soros terapêuticos, afirmou-se a natureza anafilática das manifestações, conceito que se manteve erroneamente até os nossos dias, quando estudos mais cuidadosos, conseguiram separar nitidamente a anafilaxia — fenômeno observado em animais inferiores — da “alergia”, peculiar ao homem e causa da maioria das hipersensibilidades humanas.

O primeiro passo certo no caminho da verdadeira significação da alergia humana, vem-nos de Von Pirquet, quando em 1906, esteado em seguras observações, criou êsse termo para designar as “reações alteradas do organismo humano, frente a estímulos normais”, ou conforme suas próprias palavras: “à capacidade de reação alterada do organismo”. Várias significações foram de então dadas ao novo vocábulo, o que deu ensejo, em 1939, à “Associação de Clínicas de Alergia” de New York”, propor uma exata definição para a Alergia, nomeando, para isso, o Comitê de Terminologia, que concluiu por definir:

32)



"Alergia é qualquer alteração específica e adquirida da capacidade de reação". Assim, seria alergia uma manifestação asmática provocada pela aspirina, já que ao quadro da intoxicação por essa substância, não faz parte o síndrome característico da asma. Um "tinnitus aureum", próprio da intoxicação pela aspirina, surgido à dose de 0,50, seria "intolerância" e não alergia. O que caracteriza a alergia é a reação alterada, reação diferente, tendo por base o choque antígeno-anticorpo.

Para a anafilaxia, o conceito de "choque à segunda injeção", exigia como condições indispensáveis, uma fase dita incubatória (8 a 10 dias na cobaia — 10 a 20 nos coelhos), precedida da 1.<sup>a</sup> dose "preparadora" e sucedida da dose desencadeadora. Na alergia, as manifestações surgiriam à 1.<sup>a</sup> dose, bastando para isso, o contacto ingestante, inalante, injetável ou contactante da substância alergênica.

Diferenciou-se, assim, clara e inofismavelmente, a anafilaxia da alergia, o primeiro peculiar aos animais inferiores e o segundo, ao gênero humano.

O choque anafilático típico, praticamente inexistente no homem e varia sua frequência de acôrdo com a espécie animal, sendo observado quase em 100 % das cobaias reinjetadas com proteína estranha, justamente o animal preferido nas iniciais experiências de Richet. O homem, em toda a escala zoológica, é o menos "anafilatizável", afirmando E. A. Park, baseado em estudo de 350.000 injeções, que o choque dessa natureza só é observado em 1 para 60.000 dos reinjetados por sôro (via muscular) e 1 para 20.000 (via venosa). Tuft assegura sua extrema raridade, quando o coloca na proporção de 1 para 70.000 e W. H. Park, em estatística baseada em 105.000 casos de crianças reinjetadas por sôro anti-diftérico, cita apenas 2 casos de choque mortal, o que equivale a dizer que essa ocorrência se manifestou na proporção de 1 para 52.500 casos. Lawson, procedendo rigorosa investigação bibliográfica, dos anos de 1895 a 1929, conseguiu reunir apenas 44 casos de choques séricos mortais, salientando que em apenas 10 verificou-se a existência de uma 1.<sup>a</sup> injeção. Corroborando a assertiva da natureza alérgica do choque, evidenciaram-se 17 casos com passado alérgico de asma, eczemas, etc., faltando dados mais seguros que pudessem excluir a alergia dos demais casos, menos documentados que os anteriores. Na Alemanha, Hinstorff procedeu rigoroso questionário entre 1.327 médicos, notando apenas 8 casos de choque anafilático mortal, isso dentro do período de 2 anos.

Compreende-se, assim, com que facilidade o conhecido "método da doses subintrantes de Besredka" adquiriu fôros de verdade, pois que êle visa evitar um mal que na realidade quase não existe... Não temos dúvidas, entretanto, que naquele único

caso em 70.000 da afirmativa de Tuft, o choque se desencadearia com ou sem "Besredka". (\*).

Em que princípio científico se apoia êsse processo? Não cremos que se queira admitir a absurda possibilidade de se obter em alguns minutos apenas uma hipossensibilização que normalmente leva meses a se efetivar. A mais rápida proteção até hoje obtida coube a Freeman, com a sua "dessensibilização rápida", que consiste na injeção do antígeno em doses que crescem, de 15 em 15 minutos até 4 e 6 horas, cada uma 10 a 30% maior que a precedente e por 2 a 4 dias consecutivos. Note-se que falamos em dias e não em minutos, como acontece com o "método das doses subintrantes". Mesmo para êsse processo, aconselha Urbach: "...só deve ser empregado em hospitais bem equipados e sob a supervisão de médicos experimentados".

Também não nos ocorre pensar que êste método se esteie na presunção de que, com uma dose inicialmente pequena, o choque porventura desencadeado teria uma intensidade menor que o verificado com a dose total. O conceito de alergia se firma num princípio de qualidade e não de quantidade da substância. Gruetz cita um caso de choque alérgico desencadeado com a ínfima dose de 0,000.000.005 g. de proteína de peixe, usada na realização do teste intradérmico. Urbach faz referências a reações cutâneas positivas, com 0,1 de solução de tuberculina a 1:1.000.000.000. E' ainda dêsse mesmo autor a citação de um caso de dermatite terebentínica exacerbada à simples aproximação de objetos recém-pintados. Como explicar a alergia aos odores (osmil), se não na inalação de pequeníssimas moléculas do alergenó existentes no ar?

O que há com relação aos soros, há também com as demais substâncias responsáveis por essas manifestações mórbidas. Trata-se de *alergia* e não *anafilaxia*.

A existência de uma anterior injeção nada indica, nem elemento algum nos fornece que nos possa orientar nesse terreno. Embora raros, têm sido registados casos de alergia a soro de cavalo e alimentos, em recém-nascidos, cujo regime láteo exclusivo leva-nos a conjecturar sobre a possibilidade da alergiação pelo leite materno ou por via placentária, o primeiro indiscutivelmente provado por Donally e confirmado por Brunner e Baron e o segundo experimentalmente realizado por Ascoli, em 1902 e reafirmados mais tarde por Holford, Rosenau, Otto, Doerr e outros. Ratner e Urbach afirmam mesmo ser muito freqüente a sensibilização intra-uterina.

\* Guido Ruiz Moreno diz textualmente: "O chamado método de Besredka, que consiste, em sua aplicação na clínica, em injetar 1/2 cc. de soro e depois de 1 hora ou cada meia hora, introduzir no organismo o resto, me parece inadmissível nestes tempos..." (Alergia — "El Día Médico" de 17-7-44).

Todos esses fatos vêm corroborar a opinião de nenhum valor do conhecimento da existência de uma 1.<sup>a</sup> injeção, como usualmente ocorre com relação ao emprêgo dos soros heterólogos. A ausência de injeção anterior, afasta a possibilidade de que esse organismo esteja sensibilizado à proteína do sôro de cavalo? De maneira alguma. O choque tanto pode ocorrer à 2.<sup>a</sup> injeção, como à primeira, pelo que estamos com aqueles que discordam totalmente da necessidade tão propalada, do conhecimento de anterior sensibilização por uma primeira dose.

Mais lógica será a verificação prévia da existência ou não da *alergia* ao sôro, mediante a execução dos testes oftálmicos e cutâneos, de escarificação e injeção, conforme tão bem aconselham os autores modernos e já se difunde entre alguns laboratórios nacionais produtores de soros (Instituto Pinheiros), com a anexação, às ampolas desses produtos, de tubos capilares de sôro a 1:10, para a execução do teste oftálmico.

Não visam essas provas a chamada "doença de sôro", ocorrência comuníssima entre os indivíduos submetidos a injeções de soros, de caráter absolutamente benigno e que não deve ser motivo de preocupações. Trata-se de manifestações geralmente ocorridas do 8.<sup>o</sup> ao 12.<sup>o</sup> dia, exteriorizadas por urticária, febre, adenopatias, artropatias, edemas, etc. Segundo as mais autorizadas opiniões (Pirquet e Shick), tais fenômenos ocorrem como consequência do choque entre as ínfimas porções de proteínas estranhas ainda circulando no 8.<sup>o</sup> dia e os anticorpos formados desde os primeiros momentos. É manifestação alérgica, mas não se trata de "choque", sendo de prognóstico benigno, como já mencionámos. A "doença de sôro", tanto quanto a *alergia*, nada tem a ver com *anafilaxia*, sendo quadro peculiar à medicação soroterápica.

A *anafilaxia* segundo Sulzberger, é fenômeno observado em animais e se exterioriza sempre com as mesmas características, variáveis apenas com a espécie animal. Na cobaia, o choque surge em média 3 minutos após a injeção desencadeadora. Há eriçamento dos pelos, prurido nasal constatado pelo coçar típico, dipnéia, tosse, engasgo e morte. O "órgão de choque" é a musculatura lisa dos brônquios e bronquíolos. Nos coelhos, o fenômeno se apresenta sob a forma de asfixia, conseqüente a forte espasmo dos músculos lisos dos vasos pulmonares. O sangue, impedido de seguir para a aurícula esquerda, permanece em estase na pequena circulação, do que resulta o quadro clínico respiratório. Posteriormente há falência do coração direito, com ascite e anasarca finais. Nos cães, o "órgão de choque" se acha nos músculos lisos das veias hepáticas. Há distúrbios da coagulação, tanto que se retirarmos sangue da veia hepática de cão em choque anafilático, nota-se ser ele incoagulável. Progressivamente instala-se forte congestão hepática, surgindo os

vômitos e diarréias, seguidos de marcha cambaleante e dificuldade de movimentação das pernas. Em 10 minutos o animal sucumbe. Nos pombos, a reação se observa nos músculos lisos do papo. A exteriorização dos fenômenos anafiláticos no homem, é evidenciada por violentos espasmos do colon, vômitos e diarréia, surgidos logo após a injeção. Há hipotensão arterial, hipotermia, palidês, cianoses, urticária, coceira no rebordo nasal, taquicardia e finalmente, a morte.

Na anafilaxia estão presentes no sangue os "anticorpos anafiláticos" juntamente a precipitinas, o que raramente pode ocorrer na alergia, onde há "reaginas", sem precipitinas. A influência hereditária na predisposição à alergia é evidente, tendo dado margem à designação de "atópicas" (Coca) a certas enfermidades elérgicas surgidas em terreno predisposto hereditariamente. Na anafilaxia, a hereditariedade não tem qualquer influência. Alergia é duradoura; anafilaxia, breve. Alergia é rara em animais; anafilaxia é própria dos animais e quase inexistente nos homens. Os anticorpos anafiláticos são termoestáveis; as reaginas, termoláveis. Enfim, diferenças fundamentais afastam a alergia da anafilaxia, não se compreendendo porque ainda perduram confusões em tôrno dêsses fenômenos absolutamente distintos. Admitimos que as dúvidas ainda reinantes tenham se originado das experiências iniciais de Richet, o qual observou o fenômeno em cobaias e generalizou as conclusões ao homem, talvez desconhecendo que o grau de sensibilização anafilática varia enormemente, de acôrdo com a espécie animal. Não há dúvidas da grande analogia de ambos os fenômenos em sua explicação patogenética, quando se admite que em ambos os casos, tais distúrbios surgem como resultantes de choques entre o antígeno e o anticorpo específico, êste último localizado nas células endoteliais dos vasos do "órgão de choque". Disso resultaria a libertação de uma substância, admitida por certos autores como sendo a histamina. Quem nos dirá entretanto, que tal teoria, tanto como as que a precederam (Humoral de Friedberger; Celular; teoria da membrana de Doerr, etc.), não venha amanhã a ser contestada, mostrando-se diferenças também patogenéticas entre a alergia e a anafilaxia? Já se esboça uma tendência a contestar a "teoria da histamina", pretendendo-se provar que do choque antígeno-anticorpo nasce não a "histamine-like substance de Lewis", mas a acetilcolina (Villaret, Valery-Radot, etc.) ou dependa de um distúrbio na inativação da acetilcolina, normalmente realizada pela colino-esterase. Outras objeções vêm sendo apresentadas contra a origem histamínica dos fenômenos alérgicos e anafiláticos, mostrando alguns autores que a injeção de histamina não provoca queda do índice de coagulação sanguínea, nem dá margem à presença de eosinofilia, o que faz parte do quadro da anafilaxia. Crieq, em seu recente livro (Essentials of Alergy - 1945) apresenta o seguinte

caso terminando por formular uma pergunta acêrca da origem histaminica da anafilaxia: "Uma cobaia sensibilizada para a clara de ovo e sôro de cavalo é morta e seu útero aproveitado para a realização da prova de Schultz-Dale. Adições sucessivas de clara de ovo ao soluto de Ringer onde se acha o músculo uterino sensibilizado, são seguidas de contrações cada vez mais fracas, até desaparecerem, por exaustão dos anticorpos para a clara de ovo. Se, entretanto, juntarmos a essa solução de Ringer, sôro de cavalo, forte contração é observada". Por que razão — pergunta Crieip — ainda há fenômeno indicador de sensibilidade, quando — pela lógica — o suprimento de histamina já houvera acabado com o 1.º antígeno?! Fica a pergunta, como outras hão de ficar, aguardando explicação futura com um melhor esclarecimento acêrca da natureza dos fenômenos alérgicos e anafiláticos.

O que necessita ficar claro e livre de quaisquer dúvidas, é que a anafilaxia deve ser termo praticamente banido da medicina humana, já que êle é fenômeno quase inexistente entre os homens. Há razões para que nos preocupemos com um perigo que ameaça 1 homem entre 70.000 injetados?

No caso dos séros terapêuticos e profiláticos, o que interessa saber é o grau de *alergia* à proteína heteróloga, e não anafilaxia. Para tanto, aconselham-se os testes verificadores dessa sensibilidade. Usa-se, comumente, a "oftalmorreação", que consiste em se instilar, na conjuntiva, uma gota da solução a 1:10 de sôro normal de cavalo. Forte lacrimejamento; prurido, congestionamento, indicam positividade. Seu uso fica prejudicado nos portadores de conjuntivites e nas crianças, nestas últimas devido ao chôro, que lavando o globo ocular, impossibilita a boa interpretação do teste. Nos hipersensíveis, há perigo de qua reação provoque o aparecimento de úlceras da córnea. Para isso evitar, convém ter à mão solução millesimal de adrenalina, a qual deve ser instilada (1 gota), nos casos de positividade acentuada. Não obstante êsses inconvenientes, é uma excelente prova, pois visa — com facilidade e rapidês — determinar a *alergia* à proteína do sôro de cavalo. Por essa razão, laboratórios idôneos vêm juntando às ampolas das medicações soroterápicas, tubos capilares com sôro normal de cavalo a 1:10, para a oftalmorreação. Entre nós, o Instituto Pinheiros, de S. Paulo, organização que merece a confiança da classe médica, apresenta seus ótimos séros, juntamente a êsses tubos capilares.

Na dificuldade de realizar o teste ou como querem alguns autores, em todos os casos, proceder à prova intradérmica com sôro a 1:1000 e 1:100, segundo a técnica comum dos testes alérgicos cutâneos. O método de escarificação, com sôro diluído a 1:10, foi proposto por Rudolph e Cohen e parece dar bons resultados. Tem a vantagem do aproveitamento dos tubos capilares

acima referidos. Recomenda-se não usar soro imune, mas soro normal, isso porque, segundo Foshay, o soro com anticorpos específicos, provoca reação imediata eritêmato-edematosa, que nada tem a ver com a sensibilidade à proteína do soro.

Urbach aconselha começar pelo teste de escarificação e depois, se esse for negativo, proceder à "oftalmorreação", deixando para o fim o intradérmico.

Ainda como medida profilática contra os acidentes alérgicos imediatos resultantes da injeção de soros, recomenda-se o uso de produtos concentrados, de baixo teor de proteínas. Como sabemos, o soro em estado natural contém duas frações protéicas, a seroglobulina e seroalbumina, a primeira subdividida nas subfrações euglobulina e pseudoglobulina. Os anticorpos se acham nestas duas últimas, a primeira preferentemente sede das aglutininas específicas e a segunda das antitoxinas. A concentração dos soros é feita com o propósito de reduzir o volume do produto a injetar, permitindo introdução de grandes doses em prazo de tempo menor. Além disso, a concentração elimina as frações inativas protéicas, o que se obtém em sucessivas precipitações com o sulfato de amônio, que é depois retirado por diálise.

Outro conselho útil principalmente para os casos de positividade dos testes em doentes cuja vida dependa do soro, consiste em se injetar o produto muito diluído em soro fisiológico e procedendo a injeção conjunta de  $\frac{1}{4}$  de cm<sup>3</sup> da solução milesimal de adrenalina, repetida cada meia hora. Colocar ainda um garrote no braço, de preferência um manguito do aparelho de pressão arterial, a fim de insufla-lo rapidamente no caso de surgirem os primeiros sinais do choque. O manguito tem ainda a vantagem de permitir a tomada da pressão arterial a qualquer momento, o que poderá auxiliar o médico.

Com referência aos estados de alergia a alimentos, inalantes, contactantes, micróbios e parasitos, usam-se como meios diagnósticos etiológicos, além da anamnese — que deve ser a mais cuidadosa possível — os testes cutâneos de escarificação, intradérmicos ou de contacto, bem como os exames complementares de laboratório e Raio X.

Para a execução dos testes cutâneos (excluídos os de contacto), usam-se os extratos das diversas substâncias apresentadas em baterias contendo os principais alergenos alimentares, inalantes, bacterianos, e parasitários. Não têm valor absoluto, mas podem orientar o especialista que, aliando a outros dados e provas, chegará com elevada percentagem de certeza, ao diagnóstico etiológico da enfermidade alérgica. O método mais eficiente, mas também o mais perigoso, é o intradérmico. Mesmo assim, os resultados podem ser falhos, como acontece nos chamados "positivos falsos" e "negativos falsos". Convém ainda lembrar que uma positividade do teste não indica forçosamente que essa



substância seja a responsável pelo quadro clínico, nem uma negatividade exclui a possibilidade de que não seja êsse o alérgeno causa dos males do paciente. Êsses extratos são preciosos auxiliares em mãos experimentadas; nunca deveriam entretanto, ser manuseados pelos não especialistas no assunto. Representam instrumentos do alergista, como o são o Raio X na mão do radiologista ou o aparelho de pressão arterial na do clínico. De que adiantariam êsses instrumentos, trabalhados por quem não soubesse tirar dêles os informes que êles podem oferecer? A bateria de alérgenos é como o bisturi do cirurgião: bem aproveitado, faz prodígios; mal aproveitado, nada realiza e pode causar danos irreparáveis.

Na alergia por alimentos há imperiosa necessidade de associar, aos testes cutâneos, as "dietas de eliminação" e "refeições de prova".

Na alergia aos inalantes, as "provas de exposição" e "controle de ambiente" constituem elementos de excepcional importância, sem os quais não se concebe uma perfeita orientação científica dentro do terreno alérgico.

Nas manifestações cutâneas, particularmente na "dermatite de contacto", o teste preferido é o "patch test" — entre nós conhecido como "teste de contacto".

Nas alergias do aparelho respiratório, o teste brônquico deve ser realizado.

Para os fenômenos resultantes de alergia a drogas, não há testes cutâneos; proceder à prova oral ou injetável, conforme a via usada para o medicamento. Se o paciente está usando o produto, elimina-lo, conselho êsse, aliás, que se estende a todos os alérgicos submetidos a tratamento medicamentoso.

Para a alergia física, realizar os testes aconselhados para cada caso (frio, calor, pressão, radiações, luz, etc.).

Relativamente à *terapêutica* dos fenômenos alérgicos, convém de início aconselhar absterem-se os não especialistas do emprêgo dos produtos tidos como "dessensibilizantes" e que — via de regra — não se apoiam em bases científicas. O essencial, para se estabelecer terapêutica acertada e racional, é que a causa da alergia seja estabelecida. eD posse dêsse elemento, visa-se obter a hipossensibilização específica ou procura-se eliminar a substância alérgica, caso isso seja possível. A desalergização é menos usada.

Esquematizamos, a seguir, o método terapêutico que adotamos em nossa clínica e que melhores resultados nos tem proporcionado.

## ALIMENTOS

Eliminar aquêles para os quais o paciente seja sensível. Sendo alimento de pouca importância, manter-se na abstinência

do mesmo por longo tempo, pretendendo-se, com isso, a desalergização espontânea, o que se verifica — segundo a opinião de alguns autores — em 3 anos mais ou menos. Para os alimentos de uso diário, empregar a Propeptona específica, produto americano ainda não existente em nosso comércio e que consiste em peptonas preparadas separadamente e por método especial, das próprias substâncias alimentares alergênicas. A propeptonoterapia só pode, assim, ser empregada para os produtos existentes e que são: carnes de vaca, carneiro, porco, solha, leite de vaca, queijo americano, ovo (clara e gema separadamente), milho, arroz, aveia, trigo, centeio, aspargo, feijão, repolho, cenoura, ervilha, batata inglesa, espinafre, tomate, maçã, grapefruit, laranja, cereja, amendoim, cacau, café, fermento de padeiro. São as únicas medicações eficientes para o tratamento das manifestações alérgicas produzidas por alimentos.

A hipossensibilização oral pode ser tentada, mas é falha. Consiste na administração diária, partindo de quantidades mínimas, do alimento alergênico e elevando progressivamente até boa tolerância. Dá resultados em casos raros. Este método teve sua origem na célebre passagem mencionada na História da Medicina e relatada por Plínio, quanto à tolerância aos venenos de cogumelos, obtida pelo Rei Mithridates (mitridatismo). Muitos autores confirmaram posteriormente a utilidade da hipossensibilização oral, como Schofield (1908), Keston, Waters, Hopkins, etc.

### INALANTES

Providências gerais de proteção contra os fatores alergênicos do ambiente. Se fôr determinada a causa num dos componentes da cama do paciente, como paina, macela, lã, etc., procede-se à substituição dos travesseiros por um especial feito de cortiça e recoberto com fronha de borracha; ensacar o colchão com lona grossa. Preferir cama de ferro. Retirar do quarto, cobertores, edredons, etc. Contra o pó de casa e fungos do ar, proceder a hipossensibilização específica hipodérmica, ao lado das providências gerais tendentes a evitar acúmulo de poeira. Assim, aconselha-se a retirada da casa do paciente, de almofadas, estofados, cortinas, tapetes, etc. Limpeza diária da casa com aspirador de pó e esfregão oleoso sobre os móveis, janelas, rodapés, etc. Durante a limpeza, o paciente deve manter-se afastado da casa, só sendo permitido seu ingresso 2 horas após. No quarto de dormir, manter apenas a cama, afastando, assim, móveis ou outras camas porventura existentes. O paciente não deve vestir-se nem despir-se nesse local, evitando ainda manter as roupas de uso diário dentro do quarto. Contra os epitélios, aconselha-se o afastamento do animal para o qual o paciente se acha sensibilizado. Sendo impossível tal providência, como no caso de

alérgicos a epitélio de boi e residentes em fazenda, recomenda-se afastar o paciente para local livre do contacto com êsses animais. A hipossensibilização com extrato específico, pode ser tentada, mas é perigosa e não apresenta resultados dignos de nota. Na alergia bacteriana e parasitária, (tricotítons e cândida), procede-se a vacinação específica. No primeiro caso usamos comumente as "HIPODERMOS-VACINAS" de fabricação do Instituto Pinheiros, as quais nos tem proporcionado excelentes resultados. Contra a alergia tuberculínica, hipossensibilização específica, iniciando com doses mínimas, aquém daquelas capazes de provocar fortes reações dérmicas. Havendo lesão ocular, é desaconselhado êste método, a não ser que a tuberculina seja manejada por mãos experimentadas. Alergenos relativamente freqüentes, constituem os cosméticos em geral. Recomenda-se, nesses casos, afastá-los o mais possível. Vernizes de unha são responsáveis por eczemas do rosto e mãos; perfumes causam às vezes alergia pelo seu componente "raiz de lírio". Por essa razão, praticar o teste intradérmico com essa substância.

Todos os processos de hipossensibilização específica não são isentos de perigo, pelo que é conveniente só serem realizados por especialistas de tirocínio. Manter sempre à mão uma bôa solução milesimal de adrenalina, para a possibilidade de socorro imediato.

Como hipossensibilização hétéro-específica, é de aconselhar a peptona injetável em pequenas doses, vacinas de stock (Hipo-dermo-vacinas Pinheiros) e autohemoterapia.

Com a hipossensibilização obtem-se o aumento dos anticorpos circulantes, produzindo o estado de "hipoergia", diferente do que ocorre na desalergização, que provoca o estado "anergia", isto é, ausência de anticorpos. Na hipossensibilização procura-se evitar que o antígeno atinja o "órgão de choque", mediante sua neutralização na torrente circulatória, pelos anticorpos neoformados.

O tratamento das manifestações alérgicas realizado pela maioria dos clínicos não especializados restringe-se em emprêgo de produtos tidos como "dessensibilizantes" e que por vezes não se apoiam em quaisquer princípios científicos, sendo mesmo alguns *causa* de fenômenos alérgicos. Pouco se fala em dietas e controle de ambiente, as duas talvez mais poderosas armas de que dispõe o alergista no combate a êsses estados patológicos. Via de regra, a dieta — quando feita — visa eliminar produtos mais comumente alergênicos, como ovo, camarão, etc. Justificamos essa maneira de proceder, uma vez que já se tenha estabelecida a causa, quer por direto informe do cliente, quer pela prévia (dieta de eliminação", feita com finalidade de diagnóstico. Empregá-la, entretanto, indistintamente em todos os casos, não nos parece muito razoável, nem científico. Não são poucos os

pacientes que toleram admiravelmente bem ovo, camarão, carnes em geral, etc. e que não suportam alimentos aparentemente muito inocentes, como arroz, trigo, etc. De que adiantarão, em casos com êsses, eliminar ovo ou carnes, alimentos de valor nutritivo elevado e que nenhuma participação têm no estado alérgico?

Mesmo ao não especialista é possível orientar cientificamente uma dieta, bastando, para isso, proceder às "dietas de eliminação" e "refeições de prova", a primeira dentro dos modelos existentes (Rowe e adaptações para o nosso meio). Estabelecida a causa, manter o doente por algum tempo, isento do alimento causador da alergia, tentando a hipossensibilização oral ou a propeptonoterapia.

Para os alergenos inalantes, nenhuma medicação será eficiente, sem que sejam tomadas em consideração providências relacionadas com a proteção do paciente (controle de ambiente). Essas já foram descritas em páginas atrás.

Substâncias medicamentosas visando a cura do estado alérgico, podem ser tentadas, apenas como elemento terapêutico auxiliar e sob absoluto controle médico. Quanto às medicações sintomáticas, para os momentos das crises ou para abortar os acessos nos primeiros momentos, (epinefrina, efedrina, aminofilina, etc.), devem ser aconselhadas, pois elas apresentam real eficácia. Convém, entretanto, não usar tais produtos em excesso, pois alguns causam o hábito ou a resistência medicamentosa.

Enderêço: Caixa, 951 — S. Paulo

#### BIBLIOGRAFIA

- BLANTON — Wyndham B. — "A Handbook of Allergy for Students and Practitioners" 1.<sup>a</sup> Edição — 1942.  
BIER — Otto — "Bacteriologia e Imunologia".  
CRIEP — Leo H. — "Essentials of Allergy" — 1945.  
HORTON — Bayard T. — "The Journal of the A. Med. Ass." — n.º 5 Fev. 1941.  
LACORTE — J. Guilherme — "Bacteriologia e Imunologia".  
LIMA — José Pedro Carvalho — "Bacteriologia".  
RUIZ — Guido Moreno — "Alergia" — Em Dia Médico — ns. 7-8-10 — 1944.  
URBACH — "Allergy".

**CLEO** - O mais receitado para a  
Higiene íntima das senhoras

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL EM 6 DE NOVEMBRO  
DE 1946

Presidente: Dr. Felipe Vasconcelos

Em tôrno de uma epidemia de recaídas de malária no Vale do Paraíba — Dr. Renato R. Corrêa. — Considerando que é muito difícil deparar-se com uma epidemia de malária constituída exclusivamente de recaídas da moléstia, visto que, nas zonas endêmicas, as recaídas e reinfeções estão tão entrelaçadas que se torna impossível separá-las, o A. julga interessante divulgar o que lhe foi dado observar nos municípios de Jacareí, Guararema e Santa Izabel, situados no Vale do Rio Paraíba do Sul, no Estado de São Paulo. Efetivamente, examinando uma população quase que essencialmente composta de imigrantes oriundos dos Estados da Baía e outros circunvisinhos, deparou com 101 doentes de malária, todos apre-

sentando recaídas. Não poudeser identificado nenhum caso autóctone da doença.

Com referência às espécies de plasmódios encontrados, verificou o seguinte:

Número de doentes examinados, 101; número de doentes com parasitos no sangue, 58 (57,4%); portadores de "Plasmodium vivax", 41; portadores de "Plasmodium falciparum" 16; portadores da forma "vivax-falciparum", 1; portadores das formas em gametócitos, 50.

No intuito de se poder verificar a presença dos transmissores mais comuns da malária nessa região, foi feito um levantamento da fauna anofelinica, tendo sido assinaladas as seguintes espécies: "A.



## Laboratorio de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462

Rua Xavier de Toledo, 84-4.º

## Hormosplenino Masculino

Sêro Hormônico Masculino ativado com  
extratos de baço

## Hormosplenino Feminino

Sêro Hormônico Feminino ativado com  
extratos de baço

Indicado no tratamento das constipações de ventre (atonía e parálisis intestinais) caquexia palúdica; poderoso desensibilizante dos estados alérgicos: dermatoses, asma, rinite espasmódica, etc.

DOSES: Uma ampola diariamente (INTRAMUSCULAR)

strodei", "A. albitarsis", "A. argyritarsis", "A. noroestensis", "A. pessoal", "A. triannulatus davis", "A. lutz", "A. parvus", "A. fluminensis" e "A. maculipes". Não foi verificada a presença dos três principais vetores da infecção palúdica que ocorrem no Estado de São Paulo, isto é: "A. darlingi", "A. tarsimaculatus" e "A. cruzii".

No tocante ao desenvolvimento da malária, constitui sem dúvida um problema de caráter epidemiológico muito grave, o ingresso de trabalhadores nessas condições, mormente se levarmos em linha de conta que só entre os examinados nessa ocasião, para um total de 58 parasitados, 50, ou seja 86,2%, eram portadores das formas sexuadas dos parasitos. O que agrava ainda mais o problema é termos constatado que dentre os 58 indivíduos que apresentavam parasitos no sangue, 48 (82,7%) nunca haviam contraído a malária e a adquiriram durante uma jornada de 60 léguas a pé, através de regiões altamente malarígenas, do rio São Francisco.

Consideramos que, o estabelecimento prévio de um roteiro mais salubre, seria uma medida da qual adviriam, sem dúvida, proveitos imediatos, impedindo que pessoas hígidas no que concerne a malária, no momento em que abandonam suas terras, funcionem como disseminadores da infecção, não só nos locais que atravessam, pois as viagens duram vários meses, como nos pontos de destino.

Comentários: — Dr. Felipe Vasconcelos — Pergunta qual o roteiro que fazem os imigrantes nordestinos.

Dr. Renato Corrêa — Informa que eles sobem o S. Francisco, atingem Montes Claros, em Minas, e aí são aliciados para trabalhar em São Paulo.

Dr. J. O. Coutinho — Informa que toda a bacia do S. Francisco é malarígena, tendo ele próprio contraído o impaludismo ali.

**Lista dos sub-gênero e espécies de anofelinos americanos** — Dr. Renato R. Corrêa e Fenelon P. Al-  
(46)

ves — Nas Américas, a tribu "Anophelini" está representada, no momento, por dois gêneros, treze subgêneros e noventa e cinco espécies e subespécies. Algumas das descrições, tanto para os subgêneros como espécies e subespécies, ainda estão incompletas e poderão ser de validade incerta. Segundo Russel, Rozeboom e Stone (Key to the Anopheline mosquitoes of the world. The American Entomological Society. The Academy of Natural Sciences, Philadelphia, 1943), quatorze espécies e subespécies ocorrem no Canadá, Estados Unidos e porção setentrional do México. Entretanto só o "Anopheles maculipennis occidentalis", Dyar e Knab, 1906, é exclusivo dessa região; as outras treze já foram assinaladas no resto do território americano. No que diz respeito aos subgêneros verificamos que apenas 3 ocorrem no Canadá, Estados Unidos e México norte: "Anopheles", "Nyssorhynchus" e "Coelodiasezis". No restante das Américas estão presentes os treze subgêneros e noventa e quatro espécies e sub-espécies de anofelinos.

Gêneros, subgêneros, espécies e subespécies de anofelinos do Canadá, Estados Unidos e México setentrional:

Gênero: "Anopheles".

Subgênero: "Anopheles".

Espécies e subespécies: "A. atropos", "A. crucians bradleyi", "A. crucians crucians", "A. crucians georgianus", "A. maculipennis aztecus", "A. maculipennis trebborini", "A. maculipennis occidentalis", "A. pseudo-punctipennis franciscanus", "A. pseudopunctipennis pseudo-punctipennis", "A. punctipennis", "A. quadrimaculatus", "A. walkeri".

Subgênero: "Coelodiasezis".

Espécies e subespécies: "A. barberi".

Subgênero: "Nyssorhynchus".

Espécie e subespécies: "A. albimanus".

Sul do México, América Central, Região da Caríbea e América do Sul.



## *Um Novo Rumo em Sulfamidoterapia*

PARTES IGUAIS DE SULFA-  
TAZOL + DIAZINA + MERAZINA

# TRILAMID

Um princípio novo foi recentemente introduzido por LEHR (1, 2, 3, 4) : o da SULFACOMBINAÇÃO. U'ma mistura de sulfanilamidas heterocíclicas pode ser dissolvida em água (ou em urina), sem que uma sulfa exerça qualquer influência sobre a solubilidade das demais. Daí decorre uma consequência prática importante, o perigo mínimo de precipitação intrarrenal das sulfas, ocorrência não rara com os preparados sulfamídicos usuais. Além disso, a mistura TDM, ora lançada pelo Laboratório Torres sob o nome de TRILAMID permite atingir as concentrações sanguíneas mais elevadas, que denotam uma absorção mais rápida das sulfas que entram em sua composição (5). A incidência de reações alérgicas é também muito mais rara após o uso das sulfas combinadas (3).

### TRILAMID

Comprimidos de 0,50 g contendo 0,18 g de sulfatazol, 0,18 g de sulfadiazina e 0,14 g de sulfamerazina. Tubo com 20 comprimidos.  
Embalagens hospitalares : 100-250 comprimidos.

### BIBLIOGRAFIA :

- (1) LEHR, D. (1945) Proc. Soc. Exp. Biol. & Med. **58**: 1,11
- (2) LEHR, D. (1946) J. Urol. **55**:548
- (3) LEHR, D., SLOBODY, L. & Greenberg, W. (1946) J. Pediatrics, **29**, 275
- (4) LEHR, D. (1947) Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., **64**, 393
- (5) FRISK et al., (1947) Brit. Med. Journ. **1**, 1

**LABORATÓRIO TORRES S. A.**

RUA S. JOAQUIM, 216 — CAIXA POSTAL, 1773

SÃO PAULO

Subgênero: "Anopheles".

Espécies e subespécies: "A. anulipalpis", "A. atropos", "A. crucians bradleyi", "A. crucians crucians", "A. crucians georginus", "A. erseni", "A. eiseni geometricus", "A. grabhamii", "A. hectoris", "A. maculipennis freeborni", "A. matto-grossensis", "A. parapunctipennis guatemalensis", "A. parapunctipennis parapunctipennis", "A. pseudopunctipennis franciscanus", "A. pseudopunctipennis pseudopunctipennis", "A. pseudotibiamaculatus", "A. punctipennis", "A. quadrimaculatus", "A. vestitipennis", "A. walkeri".

Subgênero: "Arribalzagia".

Espécies e subespécies: "A. apimacula", "A. evandroi", "A. fluminensis", "A. gabaldoni", "A. intermedius", "A. maculipes", "A. minor", "A. neomaculipalpus", "A. puntimacula", "A. shannoni", "A. holmbergi".

Subgênero: "Arthuromyia".

Espécies e subespécies: "A. gilesi", "A. vargasi".

Subgênero: "Ayrozamyia".

Espécies e subespécies: "A. tibiamaculatus".

Subgênero: "Coelodiazesis".

Espécies e subespécies: "A. barberi".

Subgênero: "Kerteszia".

Espécies e subespécies: "A. bambusicolus", "A. bellator", "A. bolivensis", "A. cruzii", "A. hommunculus", "A. laneanus", "A. neivai".

Subgênero: "Lophopodomyia".

Espécies e subespécies: "A. squamifemur".

Subgênero: "Myzomyia".

Espécies e subespécies: "A. gambiae".

Subgênero: "Myzorhyncheila".

Espécies e subespécies: "A. antunesi", "A. lutzii", "A. nigritarsis", "A. parvus".

Subgênero: "Nyssorhynchus".

Espécies e subespécies: "A. albitarsis", "A. albitarsis albitarsis", "A. albitarsis brazilensis", "A. albitarsis domesticus", "A. albitarsis limai", "A. anomalaphyllus", "A. argyritarsis", "A. benarrochi", "A. darlingi", "A. dunha-

mi", "A. ininii", "A. galvãoi", "A. goeldi", "A. konderi", "A. lanei", "A. marajoara", "A. noroestensis", "A. nuñez-tovari", "A. oswaldoi", "A. pessoai", "A. pictipennis", "A. rangeli", "A. rondoni", "A. sancti-elii", "A. sawyeri", "A. strodei albertoi", "A. strodei arthuri", "A. strodei artigasi", "A. strodei lloydi", "A. strodei strodei", "A. tarsimaculatus", "A. triannulatus davisii", "A. triannulatus chagasi", "A. triannulatus triannulatus".

Subgênero: "Russellia".

Espécies e subespécies: "A. xelauensis".

Subgênero: "Shannonesia".

Espécies e subespécies: "A. bonnei", "A. costalimai", "A. mediopunctatus".

Subgênero: "Sthetomyia".

Espécies e subespécies: "A. acanthatorynus", "A. kompi", "A. nimbus", "A. thomasi".

Gênero: "Chagasia".

Espécies e subespécies: "A. bathanus", "A. bonnae", "A. fajardo", "A. rozeboomi".

**Novos dados epidemiológicos sobre o bócio endêmico, no Estado de São Paulo** — Dr. Armando de Arruda Sampaio — O A. apresentou dados referentes à incidência e distribuição do bócio endêmico entre escolares e estudantes de escolas normais e ginásios, colhidos nos municípios de Assis, Maracá, Cândido Mota, Ribeirão Preto, Mococa, São José do Rio Pardo, Tapiratiba, São Carlos e Campinas, em prosseguimento a inquérito que vem realizando já há algum tempo, no Estado de São Paulo.

Os índices de incidência apresentados são bastante elevados, variando de 35 a mais de 90%, chamando o A. a atenção dos colegas para a importância sanitária da endemia. O A. recordou que 16 municípios já haviam sido inspecionados a este respeito e que, pelo que foi até agora observado, todo o planalto e as regiões montanhosas do Estado são bociógenas. O A. mostrou a necessidade de ser dado prosseguimen-

to a estes estudos e início à profilaxia do bócio endêmico por iniciativa do Estado, dada a importância da questão.

**Comentários — Dr. Pedreira de Freitas:** Pergunta se o iodo dá também bons resultados nos bócios nodulares.

**Dr. Arruda Sampaio —** Diz que, em relação ao tratamento, devemos distinguir os casos. Há bócios em que não há desvio da função, e há outros em que há esse desvio, quer no sentido da hipofunção, quer no sentido da hiperatividade. Em relação aos bócios sem desvio da função — bócios eutireóticos — os consolidados e antigos não regredem, em geral, sob a ação do iodo. No bócio com hipotireoidismo, o iodo, além de inútil, em relação aos sintomas de insuficiência, é nocivo em relação ao bócio, que aumenta invariavelmente de volume, sob a sua ação prolongada. Cabe nestes casos a aplicação da tirodina ou tiroxina. Quanto ao bócio tóxico, só a terapêutica cirúrgica é eficaz, e o iodo tem indicação no pre-operatório imediato. No bócio esporádico da puberdade, decorrente do reajustamento endócrino, a ação do iodo é nula. Em relação ao bócio do recém-nascido, quando não regride espontaneamente, a ação deve ser protelada, dada a toxidez do iodo para o lactente muito novo.

**Fenômenos de variação de uma "shigella" isolada da urina — Dr. José de Toledo Melo —** O. A. publica a observação referente a uma bactéria, classificada como "*Shigella alkalescens*". Imovel e anaeróbica quando de seu isolamento de urina, num caso de infecção aguda, revelou-se movel e aeróbica, decorridos cerca de 4 meses. A amostra foi trabalhada com três cultivos obtidos em condições de boa técnica, o que afasta a hipótese de contaminação e colheita casual de colônia intrusa.

**"Salmonella" isolada de um caso de leptomeningite purulenta —**

**Dr. José de Toledo Melo —** O A. descreve um caso de meningite purulenta difusa, diagnosticada na autopsia. Do material colhido ao nível das meninges, isolou-se uma "*Salmonella*", colocada, de acordo com os dados bioquímicos, no grupo "*Schottmuelleri-typhimurium*". A amostra foi identificada, pelos dados sorológicos, como "*Salmonella*" sp (tipo Derby).

**Solubilidade dos flóculos observados nas reações de floculação — Dr. José de Oliveira Almeida —** Um antígeno Wardsworth-Brown foi experimentado com solução fisiológica tamponada em pH 6,0, quanto às suas propriedades de solubilização por soro fisiológico, sendo reproduzidas as condições da própria reação.

Observamos nitidamente duas zonas em que a solubilidade era perfeita.

A experiência foi completada com o uso do mesmo antígeno colesterinado a 0,5; 0,6; 0,7; 0,8. Observamos então que o antígeno a 0,5%, era solúvel na proporção de 1:3,4; a 0,6%, a 1:3,0; a 0,7%, a 1:4,4; e a 0,8%, a 1:5,0.

Uma mistura de sôros fortemente positivos foi diluída até 1:256 e cada diluição foi experimentada com o antígeno diversamente colesterinado.

Traçamos então as curvas de leitura, verificando que a reação positiva (quatro cruzeiros) era facilmente lida, quando usado o antígeno colesterinado a 0,7%, até uma diluição de 1:32, de soro positivo. O soro diluído a 1:64 dá reação fracamente positiva, que, na diluição de 1:128, se torna negativa.

Com o antígeno menos colesterinado, podiam ser evidenciadas as reações fracamente positivas, mesmo quando negativas com o antígeno mais colesterinado.

Em compensação tais antígenos eram menos sensíveis às reações fortemente positivas.

A solubilidade dos flóculos mostrou ser proporcional ao teor de

reaginas sífilíticas e à percentagem de colesterol.

**Pesquisa de anticorpos neutralizantes para o vírus da gripe tipo B (Lee), em pessoas normais, na cidade de São Paulo** — Prof. Lucas de Assunção — O trabalho apresenta na sua primeira parte um rápido estudo dos conhecimentos atuais sobre o vírus Tipo B da gripe epidêmica humana na parte referente à forma, tamanho, comportamento em animais, transmissão experimental em seres humanos, imunidade e epidemiologia da gripe B.

Foram feitas pesquisas de anticorpos neutralizantes contra o vírus da gripe epidêmica Tipo B (Lee), por meio de provas de proteção em camundongos suíços, com sôros de adultos e de crianças normais, tendo estas de 1 a 3 anos de idade.

Os sôros foram obtidos entre pessoas residentes na cidade de São Paulo que não tivessem apresentado gripe ou resfriado febril nos últimos meses.

Resultaram negativas tôdas as provas feitas com o sôro das crianças, que não revelaram nessa idade (1 a 3 anos) a presença de anticorpos neutralizantes para o vírus Tipo B (Lee) da gripe epidêmica humana.

Nas provas com sôro de adultos, em relação ao mesmo vírus, o resultado foi o seguinte: positivas 45,9%; negativas 56,1%.

De acordo com as diluições dos sôros, foram as seguintes as per-

centagens das provas de proteção positivas nos adultos:

Sôro puro . . .	43,9%
Diluído a 1/2 . .	34,1%
Diluído a 1/4 . .	0,9%
Diluído a 1/8 . .	0,4%
Diluído a 1/16 . .	0,4%
Diluído a 1/32 . .	0,0%

Do confronto destes resultados com aqueles obtidos pelo autor em trabalho anterior, feito em igualdade de condições técnicas, com o mesmo número de sôros e aproximadamente na mesma época, mas com o vírus da gripe epidêmica humana Tipo A (WS), foi observado o seguinte nas provas feitas com sôros de adultos, tomando apenas os resultados com sôro puro:

**Com o vírus Tipo A (WS)**

Provas positivas .	82,9%
Provas negativas .	17,1%

**Com o vírus Tipo B (Lee)**

Provas positivas .	43,9%
Provas negativas .	56,1%

Portanto, a mais alta incidência de anticorpos neutralizantes encontrados para o vírus Tipo A do que para o vírus Tipo B da gripe epidêmica humana, indica a probabilidade de ser mais comum em São Paulo a gripe A; mas que também deve existir entre nós a gripe B, afirmação esta baseada na presença de anticorpos para o vírus B (Lee), que foi objeto deste trabalho.

**SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL EM 4 DE DEZEMBRO DE 1946**

Presidente: Dr. Felipe Vasconcelos

**Moléstia de Chagas na região de São José do Rio Preto** — Dr. Herbert H. Mercer — O autor comunica 5 casos de moléstia de Chagas diagnosticados no seu laboratório com o achado do "T. cruzi" em exame direto e um caso suspeito.

50)

Em 4 casos o tripanozoma foi encontrado em esfregaços.

Os casos ocorreram em menores de 1 ano e 8 meses a 10 anos de idade, na zona rural dos municípios de Nova Aliança, Votuporanga, Monte Aprazível, José Bonifácio e São José do Rio Preto. O si-

Preparado original, concentrado, de vitamina C injetável, contendo em cada ampôla de apenas 1 cm<sup>3</sup> a dose de ácido ascórbico (500 mg) geralmente fornecida em ampôlas de 5 cm<sup>3</sup>. Praticamente indolor, de aplicação muito cômoda, VICETRIN FORTE (1 cm<sup>3</sup>) deve merecer a preferência dos clínicos no tratamento de doentes que requerem saturação com Vitamina C... como nos casos de diminuição da resistência às infecções... principalmente retriados.

## VICETRIN FORTE 1cm<sup>3</sup>

1 cm<sup>3</sup> = 500 mg (10.000 U. I.) de Vitamina C



Produto de

**PARKE, DAVIS & COMPANY**

nal de Chagas-Romaña foi observado em 3 pacientes. Em todos os casos houve pronta remissão do período agudo, com a cura aparente. Assinala também a frequência de triatomas infestados na região, principalmente das espécies "T. infestans" e "T. sordida".

O autor chama a atenção para a necessidade de se fazer uma investigação sistemática da moléstia de Chagas no Estado. Afim de se conhecer a exata extensão do mal e pôr em execução plano adequado de profilaxia.

Comentários — Dr. Carlos da Silva Lacaz — Acha que, em certos casos, a moléstia de Chagas deve ser considerada como doença profissional e os que a adquirem precisam ser amparados pela legislação relativa ao assunto. Cita o caso de uma professora normalista, atualmente cursando a Escola de Enfermagem de São Paulo, a qual exerceu o magistério em zona endêmica da tripanosomose americana. Tendo apresentado sinais de miocardite, foi-lhe feita uma reação de Machado-Guerreiro, que se mostrou fortemente positiva. Parece que se trata de um caso evidente de moléstia de Chagas adquirida no exercício do trabalho.

Dr. Pedreira de Freitas — Quanto à frequência da moléstia em nosso Estado, se compulsássemos a literatura até 2 anos atrás, seríamos levados a crer na sua raridade, pois, até então estavam catalogados cerca de 30 casos. De então para cá, os casos, mais bem procurados, têm aumentado em número. Assim, pelo xeno-diagnóstico, diz o Dr. Pedreira ter diagnosticado mais 75 casos, e, pela reação de fixação do complemento, cerca de 500 casos. Esta reação oferece grande segurança, que, entretanto, não se pode considerar absoluta, isto é, 100%. Acrescenta que um caso que deu à publicidade, e que se caracterizava por apresentar bloqueio aurículo-ventricular, provinha de Vila Poloni (Monte Aprazível), isto é, da mesma região onde trabalha o Dr. Mer-

cer. Outro fato que julga interessante frisar no trabalho do Dr. Mercer é que, dos 5 casos diagnósticados, 4 o foram pelo exame de sangue em esfregaço, como o caso estudado pelo Prof. Pessoa e o Dr. Spinelli, em Franca. Em geral os diagnósticos têm sido feitos em gotas espessas. Para os inquéritos epidemiológicos, não só o exame direto do sangue, mas a reação de fixação do complemento tem muito valor. Esta reação sorológica, talvez possa fornecer menos de 0,5% de falsas reações positivas, falha esta, porém, que perde de importância nos inquéritos epidemiológicos. Em certas localidades do Estado de São Paulo, como Cajurú, Barão de Antonina, esta reação tem sido positiva em cerca de 50% dos habitantes das casas de pau a pique. Tal achado concorda com o dos autores chilenos, que também têm encontrado cerca de 40% de reações positivas, em certas zonas do seu país. Quanto ao estudo epidemiológico da moléstia de Chagas, em nosso Estado, diz o Dr. Pedreira que, por sugestão do Prof. Pessoa, se dirigiu ao Departamento de Saúde, expondo a importância dessa protozoose para nós, e conseguiu o necessário auxílio para montar um posto em Cajurú, onde procederá a inquérito rigoroso, que posteriormente, será estendido para outras zonas do Estado.

Dr. Herbert H. Mercer: Diz que os seus casos foram notificados ao Departamento de Saúde.

Dr. Carlos da Silva Lacaz: Pergunta ao Dr. Pedreira se tem feito a reação de fixação do complemento, com antígeno de T. cruzi, em animais.

Dr. Pedreira de Freitas: Responde que já fez algumas vezes essa reação no soro de tatus e gambás, com resultado negativo. Em todos esses animais, outros processos de pesquisa do T. cruzi também foram negativos.

Prof. Samuel B. Pessoa: Felicita o Dr. Mercer que, apesar de uma grande atividade burocrática, ainda acha tempo para fazer pesquisas. Sempre teve a certeza de que a



moléstia de Chagas deveria ser bastante difundida entre nós. Daí o ter sempre propugnado para que a mesma merecesse mais atenção por parte das autoridades sanitárias. Hoje, após os estudos em grande parte realizados no Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina de São Paulo, não mais se põe em dúvida a importância desse mal em nossa nosologia. Os casos apresentados pelo Dr. Mercer são todos interessantes, principalmente o que se refere à criancinha de vida abastada e que foi infectar-se ao fazer uma temporada numa fazenda. A moléstia de Chagas é uma ceifadora de vidas, principalmente de vidas moças, sendo possivelmente a maior responsável pela falta de velhos no nosso meio rural. Quanto às considerações do Dr. Lacaz, julga que o assunto é complexo e que seria interessante, a respeito, agitar-se a questão na Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, afim de que a mesma se pronunciasse sobre as condições em que, não só a moléstia de Chagas, mas a lepra, a malária, a ancilostomose, devem entrar no âmbito das moléstias profissionais. Conhece mesmo o caso de uma professora normalista, que no exercício de sua atividade no nosso interior, foi contaminada pela lepra, pelo fato de ter habitado numa casa onde havia portadores do mal de Hansen.

Dr. Mauro Pereira Barreto: Diz que, no caso de trabalhar o funcionário público em zona malarígena, o Estado lhe acrescenta um abono aos vencimentos.

Dr. Herbert H. Mercer: Diz que, embora já existam leis, que protejam certos casos de moléstias adquiridas por funcionários públicos, quando no exercício do seu cargo,

julga que o melhor meio de se resolver essa questão seria a instituição de um seguro especial.

**Ação da sulfanilamida e derivados "in vitro" sobre o "Actinomyces brasiliensis"** Dr. Carlos S. Lacaz e Acad. O. P. Forattini — Os AA. apresentam os resultados obtidos com a sulfanilamida e derivados "in vitro" sobre o "Paracoccidioides brasiliensis". Trabalhando com a sulfanilamida, sulfatiazol, sulfamerazina, sulfadiazina e sulfaglicina, mostram que, de um modo geral, êsse quimioterápicos exercem um feito fungistático bastante apreciável sobre o "Actinomyces brasiliensis", agente frequentemente encontrado em nosso meio como causador da actinomicose exógena ou actinomicose do tipo rural.

**Comentários** — Prof. Samuel B. Pessoa: Outro ponto interessante em relação à actinomicose, é o fato de se encontrarem formas endógenas e formas exógenas. Talvez a ação diferente do iodo esteja condicionado ao tipo da actinomicose. Seria interessante tentar-se o emprego dos compostos sulfamidodados.

Dr. Carlos da Silva Lacaz: O Prof. Lindenberg foi quem identificou pela primeira vez o *Discomyces "brasiliensis"*, diferente do "Actinomyces ou Proactinomyces esteroides. Quanto à ação dos compostos sulfamidodados, diz o Dr. Lacaz que o Dr. Nêvio esteve trabalhando com preparados a essa base.

O mecanismo de ação do iodo de potássio ainda não está esclarecido: "in vitro", êle não manifesta ação; "in vivo", quando esta se manifesta, não se lhe conhece o mecanismo.

#### SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA EM 3 DE JANEIRO DE 1947

Presidente: Dr. Henrique S. Mindlin

**Astrocitoma da região frontoparietal direita. Operação. Resultados obtidos.** Dr. Rolando A. Jenuto e João A. Caetano da Silva Junior — E' registrado o caso de uma paci-

ente portadora de um síndrome de hipertensão intracraniana acentuadíssima, com convulsões parciais de tipo bravais-jacksoniano, que, mediante os exames feitos foi da-

da como portadora de uma neoplasia na região fronto-parietal direita. Feita a excisão cirúrgica em bom êxito terapêutico, constatou-se a existência, na região suspeitada, de um tumor, que histopatologicamente tinha os caracteres de um astrocitoma e que formava uma enorme ciste. Após uma série de aplicações de radioterapia profunda, a paciente está agora sem qualquer sinal de hipertensão porém tem convulsões do mesmo tipo. Segundo os AA. tais convulsões não podem ser interpretadas como um novo crescimento neoplásico mas como expressão de aderências menigeias, que persistem no local operado. A observação é completada com radiografias e ventriculografias.

#### **Espongioblastoma do Cerebelo**

— Drs. Orlando J. Aida e João A. Caetano da Silva Júnior — É apresentada a observação anátomo-clínica de um menino, porta-

dor de espongioblastoma polar de evolução rapidíssima e que tem êxito letal após intervenção cirúrgica na qual não foi possível extirpar o tumor. A parte clínica é rica em sintomas, a maior parte dos quais devidos à hipertensão intracraniana, que era o sintoma predominante e, em consequência da qual havia alguns sinais obscuros.

O estudo anatómico mostra um enorme tumor ao nível do verme, com expansão cística no hemisfério cerebelar esquerdo, que se expandia também para o IV ventrículo. Interessante é notar que o menor teve após a intervenção, crises convulsivas parciais embora a integridade da região motora cortical afirme tais crises terem outra origem, que não aquela. O exame histopatológico revelou tratar-se de um espongioblastoma bipolar. O registro é documentado com radiografias e fotografias do estudo anatómico do caso.

### **SECÇÃO DE PEDIATRIA EM 12 DE AGOSTO DE 1946**

Presidente: Dr. Armando Arruda Sampaio

#### **Coqueluche e tenda de oxigênio**

— Dr. Alberto Nupieri — A sombria síntese de Von Rosenstein quanto à elevada periculosidade e as perspectivas fatais da coqueluche, ressoam aos nossos ouvidos ainda hoje, decorridos quase dois séculos, e se projetam qual negra nuvem sobre as imensas falanges de crianças que em todos os tempos prestaram seu triste tributo a essa ineluctabilidade notográfica da idade. "A doença é muito perigosa e muitas vezes fatal", exclamava êle; e outros também o precederam e a ronda dos séculos que vai realizando sua missão construtiva e destrutiva em seu esforço incessante de aperfeiçoamento humano, nos surpreende ainda hoje quase impotentes no combate à remittente infecção. É ela ainda hoje a mesma como a vêm descrevendo os tratadistas, desde alguns séculos; a mesma evolução

54)

traumatizante com seus brutais reflexos sobre o aparelho respiratório, vascular ou nervoso central. E não é menos certo que não lhe vislumbramos todavia o jacto de luz condutor de terapêutica menos paliativa. Quando se atingiu uma certa maturidade profissional, que é o melhor cadinho onde fundimos os fatores da nossa experiência e nos permitem uma análise serena dos diversos fatores terapêuticos mobilizados contra a coqueluche, o nosso espírito mergulha no mais desalentador dos ceticismos.

E é paradoxal a constatação em face dos gigantescos surtos da pediatria desta primeira metade do século XX. Consideramos a pediatria, depois da medicina preventiva, que tornou as grandes endemias simples expressões históricas, o mais dinâmico capítulo da arte hipocrática, pois, nos países sufi-

# Fabrica Nacional de Moveis Aseticos



Salas de Esterilizações — Instrumentos de Cirurgia  
Química, Baeteriologia e Eletricidade Médica

**LUTZ, FERRANDO**

OTICA E INSTRUMENTAL CIENTÍFICO S. A.

Rua Direita, 33

São Paulo

## DEXTROSOL

MARCA

(Glucose - d)

REGISTRADA

*"O Sol de Novas Energias"*

Solicite amostras à:

**REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.**

CAIXA 151 - B  
SÃO PAULO

CAIXA 748  
P. ALEGRE

CAIXA 638  
RECIFE

CAIXA 3421  
RIO



TRIANGULO

cientemente aparelhados, vai ela comprimindo a mortalidade infantil a um mínimo residual, triste apatário ainda de condições econômico-sociais deficitárias e remanescentes impotências da medicina. Quadros sombrios de ontem são hoje transformados em perspectivas fa-gueiras; prognósticos inapeláveis são favoravelmente modificados pela poderosa âncora dos antibió-ticos, mas a coqueluche vai resis-tindo a êsses vendáveis terapêuti-cos; nenhum dêles até o momento, substancialmente lhe modificou o rumo ou lhe reduziu o potencial em complicações. Pois se ela an-dou zombando até o começo dêste século daqueles homens que de gorros e aventais brancos, com seus maçaricos, placas e pipetas, numa espreita estafante e tenaz, procuravam individualizar o miste-rioso germen da moléstia! Foi en-tão quando Bordet e Gengou, con-seguiram caracterizá-lo, as esperan-ças remanesceram baseadas em mais sólidas terapêuticas com rai-zes na imunobiologia. A vacinação ia ingressar na arena da luta com sua sedução e miragem doutrina-rias. Era a mesma atmosfera de entusiasmo, que empolgou os am-bientes científicos, quando Koch corou e desmacarou o sinistro agente da tuberculose. Mas tanto num caso como no outro, a vaci-nação curativa continua doutrina-riamente, uma esperança dourada. Suprimida a Koch-vacina do cartaz terapêutico anti-fimatoso, a vaci-nação contra o coqueluche, também não tem correspondido à especta-tiva e mesmo muitos lhe negam de todo, qualquer eficiência. Enquanto a peste branca dispõe hoje de po-derosos recursos que vão imobilizar o bacilo em seus próprios re-dutos, como o pneumotorax e suas variedades, nós pediatras contem-plamos melancolicamente o multi-forme arsenal terapêutico até ago-ra mobilizado. E' um capítulo de incerteza e fracassos. Nele avulta, no meio das variadas e tímidas armas, que o enxameiam, uma imensa interrogação, num desafio irônico à inteligência e tenacidade

do homem de ciência, vencedor en-tretanto de inúmeras batalhas na luta ingente contra o infinitamen-te pequeno. Bordet e Gengou ar-rancaram a "camouflage" do baci-lo, mas nem os poderosos recur-sos atuais da bacteriostase conse-guiram uma clareira no uegrume terapêutico da coqueluche. E pa-rece, a julgar pelas primeiras ca-suísticas conhecidas, nem a strep-tomicina, a nova metralhadora do arsenal anti-biótico veio lançar o suspirado jacto de luz. E' mistér, pois, que enveredemos por novos ru-mos. Um fio de luz, por mais tênue, deve exigir tôda as nossas preocupações e estudos. Pouco im-porta o fracasso, o insucesso é tam-bém fonte de progresso; evitará reincidência e orientará novas pes-quisas.

Estamos verificando no Hospi-tal Municipal, cujo setor infantil dirigimos, a ação da tenda de oxigênio sobre o andamento da coque-luche. Até este momento são nove as crianças que receberam os bene-fícios dessa eventual terapêutica em uma moléstia, que tanto tem burlado os progressos da medici-na. Os resultados concluídos de-vem permanecer "sub-judice" dada a escassez da casuística incompatí-vel com um critério seguro. Por isso a presente comunicação tem o caracter de uma nota prévia e de incentivo para mais ampla observação. Trata-se de casos to-dos êles em pleno período espas-módico com fonte contagiante co-nhecida. Alguns submetidos às ter-apêuticas de rotina, mas todos êles, ao ingressar na tenda aí per-maneceram, com exceção de um caso, sem a mínima administração medicamentosa. A estada na ten-da variou entre um mínimo de 48 e um máximo de 94 horas, e as cri-anças, durante êsse período, só eram daí retiradas para receber sua ração alimentar.

S. S., tinha 5 meses de idade; vinha traumatizada pela coqueluche em sua fase espasmódica. O quadro clínico, já tumultuário, ini-

ciara então sua fatigosa ascensão para mais cruciais crises, que vinham resistindo à terapêutica usual. Mas a 13 de abril, deitada sobre a mesa do nosso ambulatório, apresentou-nos uma situação bem grave: hiperpirexia, taquipnéia, gemido, batimento das asas nasais, intensa cianose e pulso filiforme. A escuta, estertores finos, dissemiados. Ante a gravidade do síndrome enviamos-la sem tardança para a tenda e, dada a superveniência bronco-pneumônica, prescrevemos penicilina, sulfá e demais terapêutica auxiliar. Após sessenta horas, recebia alta curada da sua pneumopatia e com a coqueluche reduzida a uma traquete banal.

L., tem 3 meses, mas há 2 meses com coqueluche, sem melhoras; a 30 de junho, afirma sua progenitora, mais de 10 espasmos acompanhados de vômitos; nesses dois meses, sua curva ponderal subiu apenas 600 gramas; no dia seguinte à tarde mergulha na tenda de oxigênio; dorme bem melhor essa noite, os acessos mais discretos, e nenhum deles com vômitos. Tais as informações da progenitora; 94 horas de tenda; voltou para casa ainda com tosse, mas sem espasmos, sem vômito, a evocar uma tosse banal da estação.

E., filha de L., 3 anos de idade, há 1 mês com coqueluche, e com ela ingressou na tenda, na mesma ocasião. Na noite anterior tivera 5 vômitos. Também permaneceu 94 horas e egressou da tenda com uma tosse residual.

Agora são quatro irmãos que vão fazer a prova da tenda: M. C. e A. S., 89 horas; A. J. e R. M., 48 horas. Egressam da tenda melhorados, ainda com algumas crises espasmódicas. Mas as melhoras se foram acentuando rapidamente e em poucos dias o processo se extinguiu, residuando uma tosse sem maior importância, a lembrar uma tosse estacional. A. J. ao ingressar para a tenda, havia perdido três quilos de peso; ao sair recuperara

1 quilo e restabelecera seu peso anterior após uma semana de casa. E' que A. J. se alimentava bem e os vômitos escassearam muito na tenda. E não deixa de ser curiosa uma circunstância. A. J., agora com 8 anos, havia dos anos, apresentava estádios coqueluchoides reincidentes, que nem mesmo a amidelectomia corrigira. Há mais de 20 dias, vem dormindo, dizem seus pais, muito bem. Nesses dois anos as trêguas eram de poucos dias.

(Observação feita pela sua mãe, senhora de um colega):

M. Pêso: 24 quilos. 22 de junho — Ligeiramente gripado. 27 de junho — Acessos de coqueluche. 14 de julho — Pêso 21 quilos e tenda do oxigênio. Nesse período, os acessos diminuíram de intensidade. Pouco vômito. Recuperou 1 quilo e meio.

A tosse continua ainda 3 dias, após saída da tenda, entrando em seguida em declínio. Uma semana depois, pêso normal (24 quilos).

11 de agosto — Raros acessos com forma gripal.

NOTA — antes de ir para a tenda fez uma série de vacinas Pinheiros e tomou gôtas calmantes da tosse, porém sem resultado. O paciente sofre de astenia e desde do início da coqueluche até esta data não teve acessos (12-8-46).

Finalmente, outro M., filho de motorista, está no início da fase espasmódica. A coqueluche é indubitável; toda a rua, diz seu pai, está contaminada. Começa a vomitar; 60 horas de oxigênio, depois vai para casa, com melhoras, que se vão acentuando, sem vômitos e sem espasmos.

Tal a modesta casuística que nos foi possível apresentar nesta primeira fase de nossas observações.

Não é mais ampla porque fomos rigorosos na seleção dos casos; timbramos em focalizar aqueles bem característicos. E' evidente a necessidade de um importante acer-

vo para um critério seguro. Esta nota prévia, se apresenta sem preensão e, como assinalamos, devem permanecer "sub-judice" os resultados colhidos com o teste da tenda do oxigênio. Mas a nossa impressão é em conjunto boa e é a dos colegas, que acompanharam esses casos. No tocante aos vômitos, frequência e intensidade das quintas, cujo ritmo ela espaça e lhe atenua a violência. Até que limite se estendem tais benefícios é difícil afirmar, pois o critério mais seguro deverá ser função de mais amplo cabedal de observações. A clínica de crianças do Hospital Municipal vai prosseguir sob nossos auspícios e dos dignos assistentes, em seus estudos e tão pronto as circunstâncias o permitam teremos a honra de aqui expor, acompanhados de gráficos e demais elementos, a situação da tenda de oxigênio na terapêutica da coqueluche.

#### **Rubéola e malformações congênitas**

— Dr. J. Ubaldo Barbosa — Desde 1914-42 se sabe que a rubéola, quando atinge a mulher grávida no primeiro trimestre de gestação, pode causar graves malformações no feto; entre estas se contam cataratas — quase sempre bilaterais — outros defeitos oculares também graves, vícios cardíacos, surdez e consequente mudez, defeitos dentários; as crianças atingidas nascem geralmente com peso abaixo do normal, a lactância decorre cheia de obstáculos e a mortalidade é alta nos primeiros meses de vida.

Gregg, de Sydney — Austrália — foi o primeiro a observar esses fatos, estudando um caso incomum de catarata congênita bilateral; seus estudos foram logo confirma-

dos por trabalhos não só da Austrália, como também dos Estados Unidos e da Inglaterra.

O problema apresenta ainda alguns pontos obscuros, sendo necessário prosseguir-se nas pesquisas.

No caso apresentado, a criança era portadora de catarata bilateral congênita; sua mãe, pai e tio foram acometidos, na mesma época, por doença exantemática que, por exclusão, se diagnosticou como rubéola; a mãe do doentinho se achava no segundo mês de gestação.

A rubéola existe endemicamente em todas as grandes cidades, crescendo que todos os homens, mais cedo ou mais tarde, são atingidos por ela.

Dai a necessidade de medidas de proteção contra esta doença que, na mulher grávida, pode causar danos irreparáveis.

As crianças do sexo feminino e as moças não devem ser resguardadas da rubéola; pelo contrário, devem ser expostas à doença.

O abortamento profilático, aconselhado por alguns autores nos casos de rubéola materna nos dois primeiros meses de gestação, deve ser cautelosamente ponderado, dadas as dúvidas ainda existentes a respeito do assunto.

A rubéola materna deve ser procurada nos casos de crianças portadoras de defeitos congênitos, afim de se eliminar — quando possível — o estigma de hereditariedade patológica.

A etiologia das malformações orgânicas congênitas deve ser revista à luz desses novos conhecimentos; na anamnese prenatal deverão ser consideradas todas as doenças infecciosas, mesmo as aparentemente inofensivas.

**DR. SYLVIO COSTA BOOCK**

**LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS**

**RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445**



# **ELECTRARGOL**

PRATA COLOIDAL ELETRICA ISOTANICA ESTABILIZADA

**ANTI-INFECCIOSO GERAL E LOCAL**

de

**Ação leucocitogenea e fagocitaria comprovada**

Empolas de 5 cc. - Caixas de 3, 6 e 50 emp.

Empolas conta-gotas de 25 cc.

para instilações nazo-oculares.

**Laboratorios GLIN — Comar & Cie. — Paris**

---

## **POMADA DE INSULINA BYLA**

*Agente de cicatrização local*

BISNAGAS DE 12 GRS. CONTENDO 60 U. I.

**Ulceras varicosas - Chagas atonicas - Antrazes**

**Etablissements BYLA - Paris**

---

*Produtos Fabricados pelos*

**LABORATORIOS GALLIA, LTDA.**

RUA DR. SÁ FREIRE, 227 — RIO DE JANEIRO

**Agentes e distribuidores: F. PIERRE & CIA. LTDA.**

RIO DE JANEIRO

C. POSTAL, 489

SÃO PAULO

TEL. 6-5111

SECÇÃO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA  
EM 17 DE JANEIRO DE 1947

Presidente: Dr. José Eugenio de Rezende Barbosa

**Micoses de interesses Otorrinolaringológico** — Dr. Carlos da Silva Lacaz — O Autor da palestra inicia seu trabalho chamando a atenção dos otorrinolaringologistas para a importância do assunto.

Mostra como são extremamente difundidas em nosso meio as infecções graves e com quadros anatómoclínicos os mais variados possíveis.

A seguir, apresenta um esboço de classificação das micoses de interesse otorrinolaringológico, classificação esta que atende aos interesses clínicos e micológicos.

Divide tais micoses em três grupos: as de localização do nariz e cavidade nasal, ouvidos e porção inicial do aparelho digestivo e laringe.

Estuda no 1.º grupo, a rinosporidiose e a blastomicose sul-ame-

ricana e no 2.º grupo as otites micóticas por bolores e leveduras assim como a histoplasmose, denominando esta última infecção de "micose do futuro".

No grupo das micoses que se localizam no buco-faringe e laringe destaca aquelas que são superficiais e benignas, das micoses profundas, de decurso lento e progressivo, com estrutura granulomatosa.

Estuda, então, a estomatite blastomycótica ou sapinho bucal, a língua negra pilosa, as queilites e glossites por leveduras, assim como o granuloma criptocócico, a actinomicose, a blastomicose sul-americana, o granuloma coccidióidico, a blastomicose norte-americana e a histoplasmose.

Terminando a sua palestra, destaca os pontos fundamentais referentes ao diagnóstico das micoses, assim como a sua terapêutica.

## Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 1 DE JULHO DE 1947

Presidente: Dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno

**Divertículo do esôfago** — Dr. Eurico Branco Ribeiro — O autor referiu-se ao divertículo do esôfago, para assinalar o registro de mais um caso ocorrido no serviço no Sanatório São Lucas. Descreveu a história do novo caso, assinalando as suas peculiaridades. O caso mereceu comentário do dr. Fuad Chammas.

**Diagnóstico da asma brônquica** — Dr. Fuad Chammas — O A. fez inicialmente considerações sobre as dificuldades do diagnóstico etiológico. Discutiu depois os fatores constitucional, contribuinte e excitante. Estudou as manifesta-

ções alérgicas no doente e nos seus ancestrais e mostrou a maneira como se desencadeiam as crises. Mostrou as vantagens de o próprio clínico ser alergista, afim de melhor interpretar o caso particular, orientando melhor a terapêutica. Falou sobre a asma psicogênica, detalhando casos clínicos de sua observação. Leu um formulário que apresenta aos doentes e que pode orientar o diagnóstico etiológico. Salientou o valor dos exames complementares: perímetro torácico, espirometria, radiografia dos pulmões, exame otorrinolaringológico, hemossedimentação, hemograma, reação de Was-

sermann, exame cultural de escarro (si estreptococo hemolitico, fazer autovacina); exame leucocitário do escarro; provas da função digestiva, urinária, eletrocardiograma, radiografia das arcadas dentárias, intubação duodenal e prova de Katch e Kolk. Diante desses elementos tidos, pode ser bem conduzido o tratamento. Na discussão, o dr. Nogueira Martins acentua que a asma é muito frequente entre nós; citou um caso de asma moléstia profissional, pelo frio; outro caso de origem psíquica, foi detalhado. O dr. Waldemar Machado citou um caso que cedeu com a tireoidectomia por bócio colóide. O dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno fez considerações sobre o assunto.

**Ensino da enfermagem** — Drs. Nogueira Martins e Galdino Nu-

nes Vieira — Os oradores apresentaram seu relatório sobre o ensino de enfermagem, fazendo sugestões para a melhoria da lei em estudos no Congresso Nacional. O dr. Nogueira Martins expôs os pontos de vista da comissão, apresentando as conclusões, que se convertem em sugestões ao projeto. O dr. Galdino Nunes Vieira examinou vários pontos do projeto, defendendo as sugestões apresentadas. O dr. João Ribeiro de Carvalho falou contra a denominação de "exame vestibular", sendo favorável a "exame de admissão" às escolas de auxiliares de enfermagem. Ficou decidido entrar-se em entendimentos com a Comissão de Saude da Camara Federal sobre o assunto.

## SESSÃO DE 15 DE JULHO DE 1947

Presidente: Dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno

**Persistência do conduto artério-venoso. Cirurgia** — Dr. Moacyr Boscardim — O A. apresentou uma doente portadora de persistência do conduto artério venoso. A paciente tinha sido recentemente operada pelo dr. Paulo Bressan de afecção abdominal e tinha o diagnóstico da cardiopatia firmado pelo dr. Tranchesi. Discorreu sobre o histórico da cirurgia nos casos de persistência do conduto artério venoso. Referiu-se aos dados embriológicos que explicam a contingência. Discorreu sobre a circulação fetal e as modificações que se processam ao dar-se o nascimento. Estudou o mecanismo de oclusão do conduto venoso. Declinou as suas relações anatomicas e os dados clínicos e semiológicos, relativos à afecção. Expôs o tratamento cirúrgico, que teve a oportunidade de acompanhar de perto em seu recente estágio na Argentina.

**Luxação do semilunar e fratura do escafoide** — Prof. Mário Braga Abreu — O A. abordou o assunto com profundidade de conhecimentos. Falou sobre os traumatismos do punho, mostrando os vários tipos de lesão e várias nomenclaturas adotadas, fazendo-lhes a crítica. Referiu, com detalhes, um caso de observação pessoal, resolvido por meio de redução cruenta perfeita. Descreveu a técnica seguida e mostrou as radiografias obtidas antes e depois da intervenção. Criticou os vários tipos de intervenção cruenta propostos. O dr. Eurico Branco Ribeiro felicitou o autor e mostrou como a Sociedade aprecia as discussões sobre nomenclatura médica. O dr. Hercilio Marroco pediu uma demonstração do processo de tração usado no caso, o que foi feito pelo conferencista.

**PHILERGON - FORTIFICA DE FATO**

## Sociedade dos Medicos do IAPC de São Paulo

SESSAO DE 29 DE MAIO DE 1947

Presidente: Dr. José D'Alambert

**Um plano de metodização no estudo da bronquite asmatica:** — Dr. Fuad Chamas — O orador iniciou a sua palestra mostrando o estado atual da terapêutica da bronquite asmatica, com resultados ainda bem sombrios, achando, que estes resultados quasi que totalmente negativos, decorrem de exames incompletos e despidos de qualquer rigor. Teceu, a seguir, comentários sôbre a especialização em asma, demonstrando que o especialista nesta entidade, deve antes de tudo ser um clínico geral bem orientado para ser posteriormente um alergista. Falou sôbre os resultados precários das determinações dos "tests" alergicos e sôbre seus resultados duvidosos quanto à clinica terapêutica.

Muitos casos de bronquite asmatica, são esclarecidos satisfatoriamente, sem o auxilio dos "tests" alergicos, quando se estandardiza um exame clinico de um padrão determinado, que o orador apresentou em sessão. Apresentou alguns casos de cura clinica das manifestações asmatiformes em pacientes que já tinham se submetido a tratamento os mais variados, inclusive a desensibilização especifica.

Indicou, por fim, uma "observação padrão" para o estudo clinico da asma bronquial.

Comentaram o trabalho os drs. Domingos Minervino, Merrame Adura, Luiz Kensis, Mozart Tavares de Lima Filho, Sebastião Sampaio, Augusto Mascarenhas e José d'Alambert.

## Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho

SESSAO DE 8 DE JUNHO DE 1947

Presidente: Dr. Durval Rosa Borges

**Previdencia social no Paraguai** — Prof. Gonzales Torres — O A. falou fazendo um brilhante relatório a respeito do Seguro Social nesse pais. Em conclusão foi salientado o fato de que apesar de restrito (somente são segurados 1,5 por cento da população) o seguro paraguaio já apresenta características interessantes como a universalização do seguro e a inclusão neste dos acidentes do trabalho.

**Serviço de Assistencia Médica Domiciliar e de Urgência** — Dr. 62)

Alfredo Vernieri — O orador discorreu sôbre o organismo destinado a servir os segurados das Caixas e Institutos. O trabalho do seu organizador foi muito comentado podendo-se anotar como conclusões, as seguintes:

1 — O Samdu presta inestimável serviço aos segurados ao mesmo tempo que sacrifica menos os médicos visitantes;

2 — necessita do apoio dos Institutos que ainda não o fizeram (IAPC e o IAPTC) por motivos ainda desconhecidos o que repre-



## **Hormônios sexuais puros**

cristalizados e exatamente dosados

### **Testoviron** (hormônio testicular) na insuficiência hormonal masculina:

Esgotamento físico e mental  
Hipogonitalismo e eunucoidismo  
Transtornos da circulação periférica  
Dermatoses e artropatias endócrinas  
Prostatismo  
Hipertireoidismo e diabetes senil  
Afecções ginecológicas por hiperfoliculinemia

### **Progynon** (hormônio folicular) na insuficiência folicular ovariana:

Distúrbios da menstruação  
Afecções vaginais  
Esterilidade e frigidez sexual  
Transtornos do climactério  
Dermatoses e artrites endócrinas  
Transtornos circulatórios periféricos  
Úlcera gástrica e duodenal  
Hipertireoidismo e diabetes senil

### **Proluton** (hormônio luteínico) na insuficiência luteínica:

Aborto habitual e iminente  
Hemorragias uterinas  
Dismenorréia e tensão pré-menstrual  
Toxícoses da gravidez

INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA

**SCHERING S/A**

RIO DE JANEIRO

SÃO PAULO   PÔRTO ALEGRE   RECIFE   BELO HORIZONTE

senta uma incoerência, por se tratar de uma organização planejada pelo Departamento de Previdência. Nesse sentido, a Sociedade ficou de

enviar um telegrama ao ministro do Trabalho.

3 — O Samdu necessita de um hospital de pronto socorro.

## Outras sociedades

**Associação Paulista de Medicina** — Seção de Higiene e Medicina Tropical, — Sessão de 15 de Janeiro de 1942, ordem do dia: — Necrológico do Prof. Dr. Salvador Mazza — Dr. J. L. Pedreira de Freitas. Sobre o gênero *Catachlorops*, com a descrição de 7 espécies novas — Dr. Mauro Pereira Barreto

Seção de Neuropsiquiatria — Sessão de 3 de Janeiro de 1947, ordem do dia: Astrocitoma da região fronto-parietal. Operação. Resultados obtidos — Drs. Rolando A. Tenuto e J. Caetano da Silva Junior; Espongioblastoma de cerebello — Drs. J. Caetano da Silva Junior e Orlando J. Aidar.

Seção de Cirurgia Sessão de 10 de Janeiro de 1947, ordem do dia: Osteo-síntese intra-medular — Dr. Antonio Eugênio Longo; Bases anatômicas para ligadura da crosca da veia safena parva. Localização e orientação da incisão cutânea — Dr. Aluizio Camará Silveira; Orientação no tratamento médico cirúrgico da úlcera gastroduodenal no Serviço do Prof. Bockus — Dr. Gustavo Friozi

Seção de Dermatologia e Sifilografia — Sessão de 11 de Janeiro de 1947, ordem do dia: A tiroticina em face da leptomona "in vitro" — Dr. José Aranha Campos

Seção de Pediatria — Sessão de 13 de Janeiro de 1947, ordem do dia: Tratamento da meningite tuberculosa pela Streptomina — Drs. Mário Mursa, J. Renato Woisky e João Baptista dos Reis

Seção de Otorrinolaringologia e Cirurgia Plástica — Sessão de 17 de Janeiro de 1947, ordem do dia: Micose de interesse otorrino-

laringológico — Dr. Carlos da Silva Lacaz.

Seção de Medicina — Sessão de 30 de Janeiro de 1947, ordem do dia: Estado atual do problema das tromboflebitides dos membros inferiores — Prof. Dr. Edmundo Vasconcellos

Seção de Radiologia e Eletividade Médica — Sessão de 24 de Janeiro de 1947, ordem do dia: Relato sobre o 2.º Congresso Inter-Americano de Radiologia realizado em Havana. Pela representação Paulista composta dos Drs. José Maria Cabello Campos e José Moretzsohn de Castro

Seção de Tisiologia — Sessão de 23 de Janeiro de 1947, ordem do dia: Posse da nova Diretoria

Seção de Urologia — Sessão de 29 de Janeiro de 1947, ordem do dia: Papilite necrótica tuberculosa. Nefrectomia — Dr. Athayde Pereira.

Seção de Obstetrícia e Ginecologia — Sessão de 28 de Janeiro de 1947, ordem do dia: O feto de volume excessivo — Drs. João Amorim e Oswaldo Lacrete.

**Centro de Estudos Benedito Montenegro** — Sessão de 4 de junho de 1947, ordem do dia: Tratamento da extrofia da bexiga pela operação de Goffrey — Dr. Darci Vilela Itibéré.

**Centro de Estudos Franco da Rocha** — Sessão de 25 de junho de 1947, ordem do dia: Curare aquisições recentes, uso em neurologia e psiquiatria — Dr. Francisco Caldeira Algodal; Emprego do curare na convulsoterapia, pelo ele-



trocoque e pelo cardiazol (Película); Emprego do curare em Neurologia (Película).

**Centro de Estudos de Oftalmologia** — Sessão de 3 de junho de 1947, ordem do dia: Anatomia cirúrgica da órbita — Prof. Moacyr E. Alvaro; Anatomia clínica da órbita — Dr. J. Mendonça de Barros.

**Centro de Estudos de Oftalmologia**: Sessão de 17 de junho, ordem do dia: Anatomia cirúrgica da órbita — Discussão — Drs. Durval Prado e Rubens Belfort Matos; Doenças inflamatórias da órbita — Dr. José Carlos Gouveia Pacheco; Exofthalmos — Dr. Manoel A. da Silva.

**Centro de Estudos de Oftalmologia**, sessão de 24 de junho de 1947, ordem do dia: Cirurgia do glaucoma — Dr. Antonio de Almeida.

**Centro de Estudos do Serviço Médico do D. S. P.** — sessão de 28 de junho de 1947, ordem do dia: Medicina Psicossomática — Dr. Mário Yahn.

**Hospital do Juqueri**, sessão de 7 de junho de 1947, ordem do dia: Taboparalisia. Cistricercose e cerebral. Pancreatite crônica. Papiloma dos plexos corioides — Drs. S. Krinsky, J. Cozzolini, E. Montenegro e Matos Pimenta.

**Hospital do Juqueri**, sessão de 21 de junho, ordem do dia: Lobotomia; Hemorragia meníngea; Hemiplegia; Tumor da hipófise; Hemiplegia esquerda com afasia; Taboparalisia — Drs. A. C. Barreto, Spartaco Vizzotto, Issias Melson e Ciriaco Amaral Filho.

**Instituto Biológico**, sessão de 6 de junho de 1947, ordem do dia: Intoxicação experimental pelo D. T. — Dr. Zeferino Vaz; Resistência de citruss à gomose experimental — Dra. Vitoria Rossetti; Material de demonstração da Sociedade Americana de Bacteriologistas — Dr. Otto Bier.

**Instituto Biológico**, sessão de 20 de junho de 1947, ordem do dia: Os artrópodos como agressores diretos do homem e dos animais domésticos — Dra. Maria Pereira de Castro; Ação vermícida do hascileresorcinol — Dr. E. Eichbaum.

**Sociedade de Biologia de São Paulo**, sessão de 9 de junho de 1947, ordem do dia: Novo método colorimétrico para a dosagem da análise — Drs. Luis Carlos Uchôa Junqueira e Abram Fajer; Estudo das culturas do *Blastomyces dermatitidis* e do *Paracoccidioides brasiliensis* em diversos terrenos nutritivos — Dr. Carlos da Silva Lacaz.

**Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia**, sessão de 27 de junho de 1947, ordem do dia: Ortopedia nos Estados Unidos — Impressões de viagem — Prof. Dr. Domingos Define; Hernia do núcleo pulposo — Considerações em torno de 9 casos — Drs. J. P. Marcondes de Sousa e Juvenal da Silva Marques; Epicondilitis — Dr. Marino Lazzareschi.

**Sociedade Paulista de Leprologia**, sessão de 15 de junho de 1947, ordem do dia: Da idade como fator predisponente no contágio da lepra nos focos domiciliares — Dr. Duarte do Pateo.

**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 6 de junho de 1947, ordem do dia: Profilaxia da lepra em São Paulo — Dr. Nelson de Souza Campos; Estado atual do tratamento da lepra — Dr. Lauro de Souza Lima.

**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 27 de junho de 1947, ordem do dia: Terapêutica da lepra pelas diaminodifenil-sulfonas — Dr. Renato Braga; Influência da terapêutica pelas diaminodifenil-sulfonas na lepra ocular — Dr. Francisco Amendola; Dosagem das proteínas do soro em face dos resultados da reação de Mitsuda — Drs. Nelson de Souza Campos, Antonio Carlos Maury e Walter Hadler.

**Sociedade de Medicina Legal e Criminologia**, sessão de 17 de junho, ordem do dia: Alerta contra o uso das injeções de parafina em São Paulo — Dr. J. Rebelo Neto.

**Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa**, sessão de 21 de junho de 1947, ordem do dia: Impressões do 2.º Congresso de Neuro-Cirurgia realizado em Santiago do Chile — Dr. Juvenal da Silva Marques; Considerações sobre o Pré-natal na Clínica Ginecológica da Beneficência Portuguesa de São Paulo — Dr. Carlos Ferreira da Rocha.

**Sociedade dos Médicos do IAPC de São Paulo**, sessão de 20 de junho de 1947, ordem do dia: Síndrome de Villaret e Bosviel — suas possíveis relações neuroendocrinas — Dr. José d'Alambert; Considerações terapêuticas no hemotorax e no hemopneumotorax — Dr. Domingos Minervino.

**Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul**, sessão de 30 de junho de 1947, ordem do dia: Considerações sobre dois casos de pneumonia atípica — Dr. Enio Cosimo Barbatto.

## IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Arquivos do Instituto Biológico**, 17, 1946, — Estudos sobre a disseminação natural do vírus da "clorose infecciosa" das malváceas (abutilon virus 1. Baur) e sua relação com o inseto-vetor "Bemisia Tabaci" — A. Orlando e K. Silberschmidt; Contribuição para o conhecimento dos coccídeos do Brasil — H. S. Lepage e O. Giannotti; Observações sobre espécies do gênero "Elsinoé" de Uganda — Anna E. Jenkins e A. A. Bitancourt; Doenças causadas por fungos dos gêneros "Elsinoé" e "Sphaeloma" em misore (Sul da Índia) — M. J. Thirumalacher; Duas verrugoses do chá, causadas por "Elsinoé", e sua distribuição — Anna E. Jenkins e A. A. Bitancourt; Sobre a influência do "Clostridium sporogenes" na toxigenese tetânica — V. O. Guida e C. Rodrigues; Pesquisas acerca da determinação de hormônios vegetais em plantas da flora subtropical — M. Kramer e K. Silberschmidt; Alimentação das proteroninfas de "Boophilus (Uroboophilus) Microplus Can. m 1888" (Ixodidae) com os restos necróticos da reação tissular do hospedeiro — M. P. de Castro

66)

e C. Pereira; Tentativas para separação da substância antineoplásica que se forma nos líquidos de cultura de "Penicillium Notatum" — J. R. Meyer; Ação antineoplásica dos extratos aquosos do "Polyporus cinnabarinus" demonstrada "in vitro" com um tumor transplantável do comondongo — J. R. Meyer e H. Cerruti; Novos focos de encefalomielite infecciosa do cavalo em São Paulo, identificados pelas provas de soro-neutralização — V. Carneiro; Sobre a ação da penicilina na espiroquetose de pintos e aves adultas — P. Nobrega e R. C. Bueno; A Verrugose da mangueira — A. A. Bitancourt e Anna E. Jenkins; Contribuição para o conhecimento do gênero "Protonectarina Duck, 1910" — R. L. Araújo; Contribuição ao estudo da enterite infecciosa dos bezerros — A. M. Penha e M. D'Apice; Toxidez dos constituintes das sementes de "Pachyrrhizus tuberosus (lam) Spreng". Var. vermelha, para o afídeo "Brevicoryne Brassicae L." (Homoptera-Aphididae) — H. S. Lepage e O. Giannotti e A. Orlando; Determinismo da evasão das larvas de "Habronema" SP. da

**"Eficiente quimioterapia" tópica, anti-infecciosa pela prolongada concentração salivar da Sulfadiazina**



**Efeito hemostático pela Sulfadiazina.**

Tratamento local direto das feridas septicas da garganta e da boca, das amigdalites e faringites agudas, gengivites e estomatites infecciosas.



**LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.**

Seção de Propaganda:

PARQUE D. PEDRO II, 870-876 — TEL. 3-5916  
(Rêde interna) — São Paulo

**Direção científica: Farm. FAUSTO SPINA**

tromba da mosca domestica — M. J. de Melo e C. Pereira; Sôbre o equilíbrio genético estável — C. Pereira e M. P. de Castro; Encefalomielites infecciosas dos equídeos — V. Carneiro.

**Boletim de Higiene mental**, III, 34, junho de 1947 — A Higiene Mental nos tempos modernos — Prof. A. C. Pacheco e Silva; Não é fácil alimentar-se bem — Dr. José C. Ferraz Salles; Higiene Mental e Educação de Crianças — Dr. Henrique Marques de Carvalho.

**Resenha Clínico-Científica**, XVI, 5, maio de 1947 — Tumor das células simpaticótropas do ovário com servilismo (Nova síndrome anátomo-clínica) — Louis Berger; Concepções atuais sôbre os microrganismos patogênicos gram-negativos do intestino — Oscar Felsenfeld e Viola Mae Young.

**Neurônio**, VIII, 2, A Medicina e a Humanização do trabalho, — Prof. Flaminio Favero.

**Revista Brasileira de Leprologia**, XV, 1, março de 1947 — Nota sôbre o tratamento da Lepra com as "Leprolinas Souza Araujo" — Rui Noronha Miranda; A classificação da Lepra — R. G. Cochrane; Situação social do doente tuberculoso em relação com o prognóstico dessa forma de moléstia — N. Souza Campos, A. Rotberg e L. M. Bechelli; Método de Coloração Metacromática do "Mycobacterium Leprae" — Dr. P. Zabary-Simon; Reações precoces e Tardias à Lepromina. Estudo de Correlação — N. Souza Campos e A. Rotberg.

**Revista do Hospital das Clínicas** — II, 2, abril de 1947 — O papel da cirurgia no tratamento da Hipertensão Essencial — Dr. Nicolau Moraes Barros Filho; Carcinoma Plano-celular em Osteomielite Crônica — Drs. Flávio Pires de Camargo, Luis Gustavo Wertheimer e Constantino Mignone; Meningococcemia Fulminante — Drs. Cassio Bottura e Dirceu Pfuhl Neves; Anaplastia em um caso de perda de substância gengival — Dr. Roberto Farina; Massagem das amígdalas com contagens Leucocitárias Sucessivas — Drs. Michel Abu Jamra, Antonio Correa e Mario Leopoldo Antunes; Relação de um programa de Saúde com a Comunidade — Maria de Mesquita Sampaio; O registro de doente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo — Dra. Lourdes de Freitas Carvalho.

**Revista de Obstetricia e Ginecologia de São Paulo** — VIII, 1, junho a dezembro de 1946 — Alergia em Ginecologia — Prof. José Medina; A influência das condições hormonais na resposta do útero à pituitrina — José Ribeiro do Vale; Difteria genital feminina — Altair Camargos; Fibromas do ovário — Franz Mueller e Ferdinando Andreoni.

**Revista Paulista de Medicina** — XXX, 3, março de 1947 — Padronização das técnicas de laboratório aplicáveis à clínica da tuberculose e BCG — Dr. Roberto Brandi; Associação Paulista de Medicina — Relatório de suas atividades no bienio 1945-1946.

## CLINICA ROENTGEN

### RADIODIAGNÓSTICO

Exames radiológicos em domicílio

Dr. Raphael de Lima Filho  
Pedro Cabello Campos

Av. Brigadeiro Luis Antônio, 644 ★ Fone 2-5831 ★ São Paulo

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Faculdade de Medicina de São Paulo

**Arnaldo Vieira de Carvalho** — Os amigos e discípulos da obra do Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho prestaram no dia 5 de junho, aniversário de sua morte, como o vem fazendo nesta data, ha 27 anos, uma delicada homenagem à sua memoria.

As 10 horas, na herma do médico que toda São Paulo tanto admirou, na entrada da Faculdade de Medicina, da nossa Universidade reuniram-se os professores desse estabelecimento e continuadores da obra do grande cirurgião, tendo sido, por essa ocasião, lembrada a personalidade invulgar do fundador e primeiro diretor daquela Faculdade. Compareceram também os filhos e membros da família do ilustre cientista, assim como de seus alunos e amigos.

Em nome da Faculdade de Medicina de São Paulo falou o professor Pedro de Alcantara Marcondes Machado, cujas palavras foram as seguintes:

"Ainda uma vez, numa continuidade que honra por igual homenageado e homenageantes, reúnem-se discípulos e amigos de Arnaldo Vieira de Carvalho para o culto de sua memoria, no aniversário de sua morte. Esta solenidade, como as que a precederam, como as que sobrevirão a ele, deve ser interpretada em seu sentido verdadeiro. Não vale, e afortunadamente jamais valerá como simples exteriorização formal de sentimentos platônicos de saudade e de veneração, como exteriorização protocolar de acato ao respeito humano. Não. Esta solenidade ha de valer, hoje e sempre, como um ato de consciencia, como uma subjetiva e intima prestação de contas dos que receberam o encargo de prosseguir no trabalho de Arnaldo.

Se o espirito é eterno e se o de Arnaldo está aqui conosco, certamente ele estará menos atento às palavras aqui pronunciadas do que ao estado de espirito dos que aqui anualmente se reúnem. Frio e inexpressivo seria o culto da memória de Arnaldo Vieira de Carvalho se ele se restringisse à solenidade que ora nos congrega. O verdadeiro é extremamente mais arduo e profundamente mais significativo, a saber, o devotamento continuo à manutenção e ao engrandecimento de sua obra inconfundível: à Faculdade de Medicina de São Paulo.

Em cada um, a compenetração da responsabilidade que lhe compete nesse engrandecimento: o devotamento continuado ao aperfeiçoamento de sua atividade; a cogitação permanente no protege-la contra os obstaculos materiais e espiritual que se lhe depareem; o espirito a um só tempo realista e idealista com que se lhe encaram as necessidades, as possibilidades e as responsabilidades, o ideal de perfectibilidade com que cada um se conduza ao fator que nesta Casa lhe caiba: a sensação constante de que o espirito de Arnaldo está a cada momento ao nosso lado, vigilante e ansioso a acompanhar nossos pensamentos e atos — tudo isso, em suma, é que deve constituir homenagem a Arnaldo Vieira de Carvalho, e certo o é.

Só ha, sem duvida, um modo de obter de Arnaldo a aprovação de culto que lhe prestamos, e é essa vigilancia de cada um para consigo mesmo no sagrado horror ao afrouxamento, à incuria, à procrastinação, ao conformismo, à rotina, aos sentimentos que degradam a personalidade e a acomodam aos baixos padrões espirituais.

Esta solenidade não vale, pois como uma evocação do espirito de

Araldo Vieira de Carvalho e sim como uma convocação que ele faz dos responsáveis pela vida atual e futura da Faculdade de Medicina, convocação a que comparecemos e à qual respondemos "presente" como discípulos que procuramos ser de suas lições imortais de civismo, de dignidade e de amor ao próximo".

A seguir, falou o professor Ernesto de Sousa Campos, em nome da Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina.

Foram estas as palavras iniciais do ex-ministro da Educação:

"Na personalidade do Dr. Arnaldo como educador, o que mais impressiona e justifica nossa admiração, é sua atuação nos primórdios da Faculdade, modelando-a sob princípios diversos dos que vigoravam no seu tempo como tipo de educação médica em nosso país. Seria tão simples seguir os mesmos rumos. Seria tão agradável criar logo todas as catedras simultaneamente, satisfazendo amigos e ambições, abrindo caminho para grandes posições no cenário político e social. Preferiu outras diretrizes. Criou a Faculdade gradativamente, serie por serie, selecionando com cuidado e acertos seus docentes. Em busca de novas normas obteve a colaboração de professores oriundos de outros centros de estudos, capazes de trazer o fruto da sua experiência, imprimindo modernos critérios na orientação da educação médica.

Quão diferente este espírito do que depois norteou os nossos mais elevados órgãos de ensino. Exigiam que as novas instituições de ensino superior, para sua aprovação federal, apresentassem de antemão, uma congregação completa, embora muitos professores só tivessem de lecionar varios anos mais tarde, quando outros valores certamente iriam surgir no ambito educacional.

Com simples curriculos incluidos no processo o nosso Conselho Nacional de Educação, de formação heterogenea, onde em geral só há

um especialista para cada setor, ia formando dezenas de professores, quando outros, para seu ingresso na carreira magistral, se submetiam a um ou mais concursos de resultados problematicos, com exigencias de vulto.

Esta a razão de ter sido iniciada no Constituição da Republica a exigencia do concurso em qualquer caso.

E será agora dificil a exigencia de uma congregação completa no primeiro dia de abertura das aulas de uma nova instituição de ensino".

A prudencia e a visão do organizador da nossa Faculdade tomando orientação segura e meditada, nos primeiros tempos da sua formação que ele teve a ventura de levar do primeiro ao sexto ano geraram a boa semente de onde brotou a vigorosa instituição que hoje aqui se eleva e que é, sem favor, o mais prospero e eficiente nucleo de ensino médico de todo o continente sul-americano, direi melhor de toda a America Latina.

Mais adiante o professor Ernesto de Sousa Campos diz o seguinte:

"Esta Faculdade, como desejou Arnaldo, é uma instituição de qualidade. Não deve encher-se de alunos em cursos paralelos, com desdobramentos ou acrescimo, porque, para exemplo, temos o caso do collegio Pedro II, no Rio de Janeiro.

Instituição das mais notaveis do pais, quase uma casa de ciencia ao tempo do segundo reinado e começo da Republica, transformouse, pela multiplicação dos cursos, em uma casa de ensino banal, sem o aprimoramento dos tempos idos.

São Paulo precisa manter a sua Faculdade com a limitação atual dos seus alunos. Se quiser transformar-se em uma escola de quantidade em vez de uma escola de qualidade, seu nivel educacional e cultural cairá rapidamente. Perderão São Paulo e o Brasil um grande centro de estudos, admirado no pais e no estrangeiro.



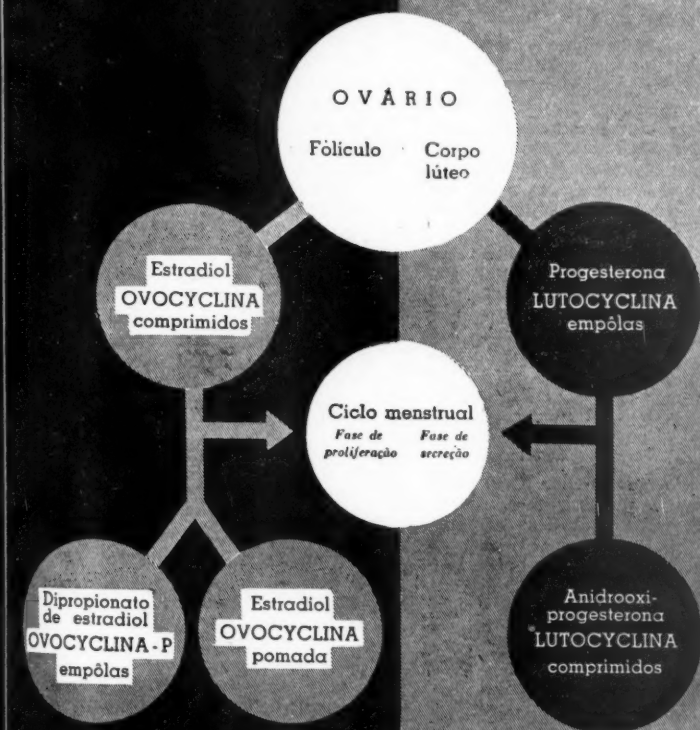
# HORMÔNIOS PUROS CIBA

## OVOCYCLINA

Hormônio folicular puro

## LUTOCYCLINA

Hormônio sintético do corpo lúteo



PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.

RIO DE JANEIRO

AV. VENEZUELA, 110 - C. P. 3437

SAO PAULO  
C. P. 3678

PORTO ALEGRE  
C. P. 1471

BELO HORIZONTE  
C. P. 123

RECIFE  
C. P. 439

E' um tesouro que acumulamos durante 35 anos pelo esforço de docentes e discentes e que não pode ser dispensado quando já caminhamos para o meio centenário.

Satisfazer a todos que saiam do curso secundário com ensino de grau superior, seria transformar o Brasil em uma multidão de doutores e bachareis.

O curso secundário é, por sua natureza, um curso final. Sucede ao primário e completa-se com o collegio. E' de natureza formativa. Não é um curso de transição para o superior. Os que nele se diplomam têm diante de si as mais numerosas e variadas carreiras em que se sistematizam as atividades sociais.

Se desejarem o aperfeiçoamento de estudos, os nossos patricios terão todas oportunidades nas Faculdades de Filosofia onde são versados todos os assuntos das ciencias e das letras, poderão utilizar-se das bibliotecas, dos cursos de extensão universitaria, das conferencias, das fontes bibliograficas as mais diversas.

O curso superior é autonomo. Não é um complemento. Destina-se à formação de um numero suficiente de profissionais bem preparados e efficientes. Sua proporção relativa à população só pode ser indicada pelas estatísticas. Evidenciada, em estudo minucioso e bem proporcionado, a exigencia de maior numero de profissionais para o nosso Estado, alem dos já produzidos pelas nossas escolas medicas, outra ou outras devem ser criadas, evitando-se, porém, a superabundancia de profissionais que trazem como consequencia o abaxamento do nivel da profissão com enorme prejuizo para o futuro da nossa gente, principalmente em materia de saude publica".

Prosseguindo, o orador se refere à criação de novas universidades no interior do Estado, para dizer:

"Preservemos, por isso, a nossa escola dentro do seu regime atual de limitação para oitenta alunos, como tantos são os lugares nos

seus laboratorios. A escola medica da Universidade de Johns Hopkins, com muito mais recursos do que a nossa, em instalações e material, conserva este numero, tornando-se uma instituição de qualidade para os grandes panoramas da ciencia medica, principalmente no quadro de magisterio e da investigação medica científica".

Concluindo a sua oração, o ex-ministro da Educação diz o seguinte: "Que seja conservada a posição da nossa Faculdade, conquistada tão laboriosamente, como instituto mais alto e com seus cursos de pós graduação, para aperfeiçoamento dos que em outras se diplomarem. Teremos assim ro país aquilo que geralmente vamos buscar no estrangeiro.

São estes os meus votos pronunçados com emoção e sinceridade perante a figura inexcédível do grande profissional e educador cuja memoria tanto veneramos".

Por ultimo, discursou, em nome do centro Academico "Osvaldo Cruz", o academico Roberto Brolio, que concluiu a sua oração com as seguintes palavras de invocação:

"Dr. Arnaldo — eu acredito na transmissão do pensamento: para as leis do espirito o tempo e o espaço não existem. E' a mocidade que vos chama, vinde aclarar nossos passos nestes instantes difíceis por que a humanidade atravessa, nestes instantes em que as creanças estão em derrota e as civilizações periclitam, nestes instantes em que o homem parece que veio ao mundo para lançar os dogmas e suas consequencias; estai conosco, inspirando-nos na senda da virtude e do civismo, orientando-nos nas dificuldades que haveremos de encontrar na profissão que escolhemos como lema de nossa vida para que sejamos dignos do vosso passado, na amplitude do nosso presente, para a grandiosidade de um povir melhor".

## Escola Paulista de Medicina

**Terreno para novas dependências** — Por decreto-lei municipal assinado há dias, foi a Prefeitura de São Paulo autorizada a doar à Escola Paulista de Medicina, para construção de novas dependências daquele estabelecimento de ensino superior, os lotes de terrenos n.os 260, 260A, 261, 263, 265 e 265-A, situados à rua Pedro de Toledo, na quadra formada por esta e pelas ruas Napoleão de Barros, Borges Lagoa e dos Onís, terrenos esses pertencentes à Municipalidade.

O decreto estabelece ainda o seguinte:

a) os imóveis deverão ser utilizados exclusivamente para os fins de ampliação dos serviços ambulatoriais, de clínicas especializadas para molestias infecto contagiosas, de assistência à infância e à maternidade e de serviços dedicados à medicina preventiva.

b) a entidade donataria instalará e custeará, com recursos pró-

prios, os serviços a que se refere a alínea anterior, cuja prestação será feita sem fins lucrativos e sem qualquer distinção de raça ou de credo religioso.

c) as atividades exercidas pela entidade, bem como o número de pessoas por ela assistidas, deverão constar de relatório a ser anualmente enviado à Prefeitura.

De acordo com o decreto em apreço, fica a Prefeitura com o direito de fiscalizar o exato cumprimento das obrigações a cargo da Escola Paulista de Medicina.

Ficará revogada a doação, revertendo os imóveis com todas as suas benfeitorias e construções, ao patrimônio do Município, independentemente de qualquer pagamento ou indenização, no caso de extinção ou dissolução da entidade donataria, bem como no caso de perda de sua finalidade de prestação de serviços sem fins lucrativos.

## Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social

**Sua criação** — Dispondo sobre a criação da Secretaria do Estado dos Negócios da Saúde e da Assistência Social, o governador sr. Ademar de Barros, assinou no dia 28 de junho um decreto-lei, publicado pela imprensa oficial.

Passam a integrar a nova Secretaria, com a sua organização e denominação, todos os órgãos de sua especialidade ora integrantes da Secretaria de Estado dos Negócios da Educação e mais o Serviço Social do Estado, de que trata o decreto lei n. 17.274, do Serviço Social e na parte que diga respeito à proteção de egressos de reformatorios e estabelecimentos correctionais e penais, serviços esses que permanecem na Secreta-

ria de Estado da Justiça e dos Negócios Interiores.

Dentro de 3 (três) meses, a contar da vigência do presente decreto-lei, o secretario de Estado dos Negócios da Educação e Saúde Pública e Assistência Social apresentará os projetos de reorganização das respectivas Secretarias.

Até a reorganização prevista, os serviços administrativos da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde Pública e Assistência Social serão executados pela atual Divisão Administrativa do Departamento de Saúde.

Serão relatados no Departamento referido os funcionarios atualmente lotados na Diretoria Geral

da Secretaria de Estado dos Negocios da Educação, em numero proporcional às necessidades dos serviços ora transferidos para a Secretaria de Saude.

O pessoal, material e as dotações da Diretoria do Material e da Repartição de Transportes, da Secretaria da Educação, serão distribuídos entre esta e a Secretaria da Saude, tendo em vista as necessi-

dades dos respectivos serviços.

O chefe do Poder Executivo designará 1 (um) tecnico em assuntos de material e 2 (dois) representantes de cada uma das Secretarias, estes indicados pelos respectivos secretarios de Estado, para, em comissão e sob a presidencia do primeiro, estudar e propor as medidas necessarias para a execução dessa medida.

## Departamento de Profilaxia da Lepra

### Criação do Serviço de Pesquisas

— O governador do Estado assinou o seguinte ato:

"Artigo 1.º — Fica criado no Departamento de Profilaxia da Lepra, da Secretaria da Educação e Saude Publica, diretamente subordinado ao respectivo diretor, o Serviço de Pesquisas Cientificas, que se constituirá das seguintes secções:

a) Secção de Epidemiologia, que se dedicará ao estudo da epidemia leprosa no Estado e no pais, visando o aperfeiçoamento dos metodos profilaticos;

b) Secção de Patologia Experimental destinada ao estudo da patologia clinica e experimental, com especial desenvolvimento da parte referente ao estudo imunobiologico da molestia;

c) Secção de Therapeutica, que terá por finalidade o estudo de no-

vos medicamentos e o aperfeiçoamento dos metodos atuais do tratamento da lepra.

Parágrafo unico — Os estudos de quimioterapia experimental, da secção de Therapeutica, serão feitos em colaboração com a secção de Quimica do Instituto do Butantã.

Artigo 2.º — Para os trabalhos do Serviço de Pesquisas Cientificas serão designados funcionarios do Departamento de Profilaxia da Lepra, sem prejuizo de vencimentos e demais vantagens de seus cargos, enquanto não se organizar o seu pessoal.

Parágrafo unico — Desde que a verba própria o comporte, poderá o Diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra propor a admissão de contratados nos termos das leis vigentes".

## Visitante ilustre

**Dr. Morris Fishbein** — Proveniente de Chicago, chegou a 6 de julho, a São Paulo, viajando pela Panair, o dr. Morris Fishbein, conhecido médico norte-americano e editor das revistas da Associação Médica Americana.

O ilustre visitante, que está fazendo uma viagem de recreio à America do Sul em companhia de sua exma esposa, é o diretor da

mais divulgada das revistas médicas do Mundo — "The Journal of the American Medical Association", um semanário que tem a tiragem media de 125.000 exemplares e que é entre nós denominado Jama, nome tirado de suas iniciais. O dr. Morris Fishbein é o continuador da obra notavel do dr. George H. Simmons, que deu grande impulso e orientação segura à



### PROPIONATO DE TESTOSTERONA

- NO HOMEM** — Melhora o metabolismo muscular  
Aumenta o tonus psíquico  
Estimula os centros gêmito-motores.
- NA MULHER** — Neutraliza a hiperfunção ovariana  
Combate a congestão mamária.
- NO ADOLESCENTE** — Produz o desenvolvimento sexual,  
físico e psíquico.

Caixa com 4 ampolas de 5 mg.  
Caixa com 4 ampolas de 10 mg.  
Caixa com 2 ampolas de 25 mg.



**LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO ROUSSEL S. A.**

**RIO DE JANEIRO**

São Paulo — Rua Bittencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

literatura médica norte-americana, na qualidade de editor das publicações da Associação Médica Americana durante vinte e cinco anos. Ao livro desse grande publicista denominado "The art and practice of medical writing", o dr. Morris Fishbein deu desenvolvimento e atualização, quando lançou em 1938 o seu conhecido volume "Medical Writing", que é um guia completo para todos os que escrevem sobre assuntos médicos, quer produzindo livros, quer fazendo trabalhos para sociedades, congressos ou revistas médicas.

Este ano o dr. Morris Fishbein publicou um volume comemorativo do centenário da Associação Médica Americana, contando detalhadamente a história dessa importante associação e mostrando como chegou a exercer influência preponderante em todos os assuntos ligados à Medicina nos Estados Unidos, desde as questões de eti-

ca e medição legal até à aprovação de produtos farmacêuticos.

Para a estadia do dr. Morris Fishbein nesta capital foi estabelecido o seguinte programa:

Domingo, 6, visita a Santos, percorrendo o moderno hospital da Santa Casa.

Segunda-feira, 7 pela manhã, visita ao Asilo Santa Teresinha de Carapicuíba; à tarde, visita à Escola Paulista de Medicina.

Terça-feira, 8, pela manhã, visita ao Hospital das Clínicas e à Faculdade de Saúde Pública e à tarde visita ao Instituto Pinheiros; à noite conferência na Associação Paulista de Medicina sobre os Progressos da Medicina.

Quarta-feira, 9, pela manhã, não se deu o embarque para Montevideo, por motivo de um atraso no avião, que só deixou São Paulo no dia seguinte.

## Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho

**Premios científicos** — A Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho distribue este ano pela primeira vez premios científicos destinados a distinguir trabalhos sobre vários assuntos.

São os seguintes os trabalhos premiados em 1946 e respectivos autores: Premio "Prof. Silva Melo", instituído pelo sr. Candido Fontoura do Instituto Medicamentoso, valor de Cr\$ 10.000,00, destinado à melhor contribuição sobre Nutrição. A Comissão Julgadora constituída dos srs. prof. Geraldo Sodré e Nicolino Morena decidiu pela divisão do premio entre os dois concorrentes que são o dr. Demostenes Orsini com o trabalho "O Problema do Metabolismo de Base no nosso meio" e os drs. Dórisival da Fonseca Ribeiro e Francisco A. Cardoso com o trabalho

"Determinação do teor de ácido ascórbico do mamão".

Os concorrentes receberam, pois, um diploma e a importância de 5.000 cruzeiros.

O premio "Luiz Pereira Barreto" destinado à melhor contribuição igualmente sobre nutrição, mas para concorrentes não médicos, foi concedido à srta. Clorinda Gutilla, nutricionista, com "Sugestões para a Reorganização Alimentar nos Parques Infantís". O premio no valor aproximado de 1.000 cruzeiros foi instituído pela Sociedade União de Laticínios Ltda., através do sr. Mario Moreira. A Comissão Julgadora foi constituída pelo prof. Franklin de Moura Campos, Francisco A. Cardoso e dr. Nicolino Morena.

O premio "Aristides Cabrera", para o melhor trabalho sobre "Defesa da Criança", não foi concedi-



do, sendo sua comissão julgadora constituída dos drs. prof. Vicente Lara, Armando de Arruda Sampaio e Celso Barroso.

**Premios para 1947** — Aham-se abertas as inscrições para os premios de 1947 a serem distribuidos pela Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho. São os seguintes os premios: Premio "Prof. Silva Melo", instituido pelo sr. Candido Fontoura, do Instituto Medicamenta e destinado à melhor contribuição sobre alimentação. O valor do premio é de Cr\$ 10.000,00 e somente podem concorrer médicos. Premio "Luiz Pereira Barreto", destinado ao melhor trabalho sobre alimentação, devendo os concorrentes não serem médicos, podendo ser estudantes, assistentes sociais, nutricionistas, etc. O premio que tem o valor de 1.000,00,

foi instituido pela Sociedade União de Lactínicos Ltda., por intermédio do sr. Mario Moreira. Premio "Aristides Cabrera" para o melhor trabalho sobre a "defesa da criança", para médicos ou não, no valor de 4.000,00.

Em linhas gerais, os trabalhos devem ser inéditos, escritos em português, em papel dactilografado com dois espaços, os concorrentes devem ser socios da Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho ou congêneres de todo o país e devem ser entregues na secretaria até o dia 31 de dezembro.

Para maiores detalhes os interessados devem se dirigir à secretaria da Sociedade na sede do Sindicato dos Médicos de S. Paulo, na praça João Mendes, 154, 4.º andar, sala 42, fone 3-2070, com o sr. Fernandes.

## Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina

**Curso de atualização de conhecimentos médicos** — E' o seguinte o programa organizado para o curso patrocinado pela Associação dos antigos alunos da Faculdade de Medicina de São Paulo que consta de 12 aulas que se estão realizando em São Paulo, de 4 a 28 de agosto corrente: 1. Prof. Benedito Montenegro — Tratamento do choque. Bases modernas; 2. Prof. Alipio Correa Netto — Progressos recentes da cirurgia; 3. Dr. Primo Curti — Tratamento das queimaduras. Bases modernas; 4. Dr. Carlos da Silva Lacaz — Importancia do fator Rh. em medicina. Grupos sanguíneos; 5. D. Humberto C. Ferreira — Progressos recentes em hematologia; 6. Prof. André Dreyfus — A genética e suas relações com a eugenia; 7. Dr. Ernesto Mendes — Progressos recentes na terapêutica das doenças alérgicas; 8. Dr. Atilio Flosi — Bases atuais do tratamento

do hipertireoidismo; 9. Prof. Celestino Bourroul — Aplicações dos antibióticos à terapêutica. 10. — Prof. Flavio Fonseca — Moderna terapêutica da malária; 11. Drs. Nelson de Souza Campos e Lauro de Souza Lima — A quimioterapia na lepra; 12. Prof. Ernesto de Souza Campos — Problema hospitalar moderno.

Curso ministrado pelo Prof. F. E. Godoy Moreira (4 aulas): 1. Tratamento de emergência das fraturas; 2. Princípios fundamentais do tratamento das fraturas; 3. Tratamento das fraturas expostas; 4. Complicações das fraturas.

O empreendimento da Associação é principalmente dedicado aos médicos residentes fora da capital e que têm, assim, o ensejo de ficar em contacto com as novidades da ciência médica, sem grandes dispendios a não serem os decorrentes da sua estadia na capital.

## Instituto Penido Burnier

**O 27. aniversário** — A data de 1 de junho assinalou a passagem do 27.º aniversário de fundação do Instituto "Penido Burnier", um dos mais conceituados estabelecimentos médico-hospitalares do Estado de São Paulo, instalado à avenida Andrade Neves, em Campinas, e dirigido pelo dr. João Penido Burnier.

Em comemoração à efemeride, a Associação Médica do Instituto promoveu, às 14 horas e meia, no salão nobre do hospital, uma sessão solene. O dr. Antonio de Almeida Prado pronunciou uma con-

ferencia sobre o tema: "O contingente sintomatológico ocular em patologia médica", sendo muito aplaudido.

A seguir realizou-se a solenidade de posse da nova diretoria da Associação que está assim constituída: presidente, dr. Lecs Junior; 1.º secretário, dr. Guedes de Melo Filho; 2.º secretário, dr. Alberto Galo; bibliotecário-tesoureiro, dr. Leoncio de Sousa Queiroz; comissão de redação dos "Arquivos" do Instituto: drs. Monteiro Sales, Penido Burnier e Gabriel Porto.

## Hospital do Pênfigo Foliáceo

**Pavilhão "Ademar de Barros"** — Sob a presidência do governador Ademar de Barros, realizou-se no dia 23 de junho, às 10 horas, no Hospital do Pênfigo Foliáceo, no Mandaqui, a cerimonia de inauguração do "Pavilhão de Patologia "Ademar de Barros".

Estiveram presentes, entre outras autoridades, os srs. João Paulo Vieira, diretor do hospital; Milton Penha, diretor do Departamento de Assistência aos Psicopatas; Nelson de Sousa Campos, diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra; Oscar Reinaldo Muller Caravelas, secretário da Fazenda; Mario Tavares Neto representante do presidente da Assembléia Legislativa, sr. Valentim Gentil, cap. Agenor de Castro, representante do secretário da Segurança; cel. Eleuterio Brum Felich, comandante da Força Policial; ten. Genesio Nitri, ajudante de ordens do governador; e o cel. Coriolano de Almeida Junior, inspector administrativo da Força Policial.

O novo pavilhão foi inaugurado por D. Leonor Mendes de Barros, que cortou a fita simbólica.

Logo a seguir, o governador e sua esposa percorreram as dependências do edifício. Foi depois, servido um coquetel aos presentes. Encerrando a solenidade, falou o sr. João Paulo Vieira que saudou o governador do Estado e descreveu as finalidades do pavilhão. Respondeu agradecendo o sr. Ademar de Barros.

O Hospital do Pênfigo Foliáceo, criado em 17 de setembro de 1938, ao tempo da interventoria do atual governador, com a inauguração do novo pavilhão contará com mais um importante serviço medicocientífico em favor dos portadores do "fogo selvagem" e outras moléstias cutâneas. Além do serviço de patologia, o pavilhão comportará, também, um museu fotográfico e de peças, uma sala de histologia patológica, e uma seção de virologia e de bacteriologia. Servirá, ainda, para estudos etiológicos do pênfigo e outras enfermidades cutâneas.

Caso a administração estadual o deseje, o pavilhão poderá ser transformado em Centro de Estudos de Dermatoses Tropicais.

# GADUSAN

*O antitoxico da tuberculose*

As micelas coloidais neutralizam as toxinas, o que explica a universalmente comprovada ação do Gadusan como desintoxicante do tuberculoso.

"Fadiga, inquietação, febre, taquicardia, baixa da pressão arterial, anorexia, incapacidade digestiva, perda de peso, anemia e leucocitose" (Pottenger) — tal é o quadro decorrente da tubérculo-toxemia e que desaparece com injeções endovenosas de 5 ou 10 cc. de Gadusan, três vezes por semana. Esta posologia é tolerada sem quaisquer reações, mesmo pelos nefríticos.



**INSTITUTO TERAPEUTICO  
ORLANDO RANGEL**

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO



## Escola Paulista de Medicina

**Novo livre docente** — Foram concluídos os trabalhos para a escolha do novo livre docente da Faculdade de Clínica propedêutica Médica, da Escola Paulista de Medicina. O candidato dr. Horacio Knese de Mello, defendeu a tese "Derivações Uni-Polares das Extremidades". A sua tese, defendi-

da com brilhantismo foi a vencedora, com a média de 9,66. A Comissão julgadora foi composta dos srs.: drs. Felício Cintra do Prado, José Barbosa Correia e docentes livres Antonio Ulhôa Cintra, Luiz Venere Dacourt e Otavio Augusto Rodovalho.

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

### A História Médica dos Selos

**Uma demonstração na Inglaterra** — A exibição ilustrativa da história médica nos selos postais realizada em 2 de abril na seção histórica da Royal Society of Medicine, sob a presidência de Arthur MacNalty, parece ter sido a primeira no gênero na Inglaterra. Esta exibição foi organizada por Mr. N. M. Matheson e Mr. W. J. Bishop e se fez acompanhar de uma demonstração (epidiascope) e um comentário ligeiro.

Até há pouco tempo eram poucos os selos de interesse médico, mas nestes últimos 20 anos desenhos ilustrativos de quasi todos os aspectos da Medicina, se multiplicaram e o seu numero e escopo são bastante para satisfazerem os maiores colecionadores.

Os selos médicos podem ser divididos em 2 grandes classes: os que trazem retratos de médicos e os que traduzem cenas médicas, tais como hospitais, criação, congressos médicos etc. Há muitos sobre saúde, Cruz Vermelha, saúde infantil, tuberculose. Em alguns a única diferença consiste na cruz vermelha ou no símbolo da tuberculose.

Os selos que provavelmente mais interessam os médicos são os que trazem retratos de médicos e estampas de trabalhos científicos

O primeiro médico cuja fotografia apareceu nos selos parece ter sido F. Espejo (1746-99) — Equador, edição de 1899. Em 1923 a França começou a conhecida série comemorativa de Pasteur, mas o primeiro médico eminente a ser assim honrado foi Boerhaave (Países Baixos, 1928).

Dessa data em diante o numero de retratos em selos cresceu rapidamente e pode ser dividido em: de médicos que exercem a profissão, dos que praticaram mas abandonaram, dos que estudaram mas nunca praticaram e dos que trabalham em campos subservientes.

Entre os que a praticaram regularmente, encontramos Vasalius, Paré, Haller, Semmervais, Camper, Purkinje, Ramon y Cajal e Reed. Não se conhece um selo comemorativo do "Pai da Medicina" mas Imhotep, Apollo, Aesculapius e Hygieia receberam esta honra. Alguns individuos afortunados apareceram nos selos de mais de uma nação: Van Swieten foi homenageado pela Austria e pelos habitantes dos Países Baixos; Koch pela Alemanha e Danzig enquanto que Pierre e Marie Curie apareceram em muitos selos.

Não encontramos Harvey, Sydeham, Hunter ou Jenner em ne-

nhum selo. Na verdade, até que Sir Wilfred Grenfell fosse pintado em um selo de Terra Nova em 1941, nenhum médico britânico foi homenageado por este modo.

Alguns países editaram selos com estampas de escolas de medicina; das nove sumidades da Escola de Viena editados pela Áustria em 1937. Vesalius, Dodens e Van Helmont aparecem em uma série recente da Bélgica.

Entre os "truants" da medicina temos figuras diversas, tais como Sun Yat-sen, Clemenceau, Chekhov e Schiller.

Entre os que estudaram mas que nunca praticaram temos: William Henry Harrison, nono presi-

dente dos Estados Unidos, um aluno de Benjamin Rush.

As ciencias subservientes são representadas por nomes tais como Roentgen, Berbelius, Ampère, Volta, Galvani e Ling. Florence Nightingale aparece em selos franceses e belgas. Jean Henry Dunant, o fundador da Cruz Vermelha em belgas e suíços. Alguns selos alemães recordam 10 anos de trabalho em favor da prosperidade infantil.

Como demonstraram Matheson e Bishop uma coleção de selos médicos é uma fonte de pesquisas para os estudiosos da história da Medicina.

(Do "British Medical Journal", 12 de abril de 1947).

## CONGRESSOS MÉDICOS

### III Congresso Médico - Social Brasileiro

**Sua realização em outubro** — O 3.º Congresso Médico-Social Brasileiro a realizar-se nos dias 2 a 9 de outubro de 1947 em Porto Alegre, Rio Grande do Sul apresentará os seguintes temas:

1.º tema: Os problemas atuais do exercício da profissão médica no Brasil. Sub-temas:

1.º A dignidade da profissão médica e sua responsabilidade social; 2.º O papel do médico na solução dos problemas econômico-sociais, como colaborador do Poder Público; 3.º Estudo de medidas de proteção econômicas à classe médica; 4.º Aspectos atuais da socialização da Medicina.

2.º tema: Os grandes problemas médico-sociais do ponto de vista de saúde e assistência. Sub-temas:

1.º Proteção à maternidade e à infância; 2.º Medicina do Trabalho. Assistência médica ao Trabalha-

dor; 3.º Estudo crítico da posição do médico, sua autonomia e relevância, na função assistencial dos Institutos de Previdência Social e Caixas; 4.º O problema da fixação do médico no interior, mediante a criação do pequeno Hospital Rural; 5.º Combate às doenças sociais.

3.º tema: O problema da alimentação. Sub-temas:

1.º Estudo da alimentação do homem brasileiro no campo e na cidade. Suas carências; 2.º O cultivo da terra como fator primário na solução do problema alimentar. A criação de uma consciência agrícola; 3.º Educação alimentar das massas. O fator qualitativo e quantitativo; 4.º Alimentação e saúde; 5.º Alimentação e valorização econômica do homem.

Parágrafo unico: Haverá também inscrições para temas livres sobre qualquer assunto de Medicina Social.

## I Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria

**Sua realização** — A 1.ª Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria, que terá lugar de 10 a 17 de outubro próximo, no Rio de Janeiro, sob os auspícios do Departamento Nacional da Criança e da Sociedade Brasileira de Pediatria, em comemoração da Semana da Criança, apresentará os seguintes temas:

Puericultura: a) Serviço Social de Infância (especialmente: Colocação Familiar; b) Mortalidade Infantil no Brasil (especialmente: Fatores Alimentares); c) Legislação

e Organização de Proteção à Maternidade e à Infância (especialmente: Uniformização das Lei Federais e Estaduais).

Pediatria: a) Carências (especialmente: Distrofias Pluri-carenciais); b) Helmintososes (especialmente: Padronização do Tratamento); c) Temas livres.

Embora a hospedagem no Rio não possa correr por conta dos organizadores da Jornada, esta Secretaria se incumbirá da reserva de aposentos desde que informada até 30 de junho.

## LITERATURA MÉDICA

### Livros recebidos

**Endocrinologia sexual feminina** — Carlos Calatroni, Vicente Ruiz e Guillerminos di Paola, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1947.

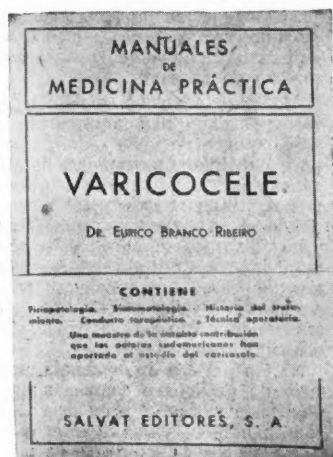
Bernardo Houssay, o sábio "criador da endocrinologia argentina", diz, com muita razão, no prefácio deste livro: "Na avalanche de estudos e publicações é preciso fazer um exame crítico que permita compreender quais são realmente os princípios fundamentais e as orientações capazes de guiar o médico no diagnóstico e tratamento dos transtornos endócrinos e em sua prevenção". E acrescenta: "Os autores estão especialmente capacitados para realizar esta obra de grande utilidade". O juízo do grande cientista é o suficiente para recomendar o alto critério que presidiu à confecção desta obra. Assunto de atualidade, versado por autores já renomados, em um texto de mais de 700 páginas com farta documentação original — é fácil se avaliar o interesse que está des-

pertando este volume que acaba de apresentar em magnífica feitura a Editorial El Ateneo, de Buenos Aires.

**Úlcus gástrico** — T. A. Pinós, Salvat, Barcelona, 1947.

A Escola de Patologia Digestiva do Hospital Santa Cruz e São Paulo de Barcelona, sob a orientação do Prof. Gallart Monés é uma das mais afamadas do Mundo e os seus trabalhos, que com frequência vêm a lume nas revistas médicas e em livros e monografias, são dos mais acatados pelo valor intrínseco que encerram. Assim, não é de se estranhar que esta nova obra sobre úlcera gástrica, escrita por um dos mais antigos e conceituados colaboradores de Gallart Monés, venha precedida de um prefácio em que o mestre acentua a sua originalidade e a soma de novos conhecimentos que traz sobre os problemas das úlceras do estômago e do duodeno. E o próprio autor afirma que





# VARICOCELE

pelos

**DR. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Salvat, editores S. A. Barcelona, Buenos Aires, 1946. Um volume de 98 páginas, em castellano.

Do Jornal de Medicina de Pernambuco, XLIII, 251, abril de 1947.

“O autor, diretor do Sanatório São Lucas, de São Paulo, Brasil, enfeixou num elegante volume de 98 páginas a sua excelente monografia, que faz parte dos *Manuais de Medicina Prática*, editados pelos acreditados Srs. Salvat Editores, S. A.

Depois de uma bem lançada introdução, onde o autor diz que o tema interessará a um grande número de médicos, cujas sábias opiniões ele cita, tanto os brasileiros, como os argentinos, os uruguaiois e os chilenos, o seu trabalho está dividido em 17 capítulos, tratando cada um deles da definição, da embriologia, da anatomia normal e patológica, da fisiopatologia, da frequência, da etiologia, da sintomatologia, das complicações, da classificação, do diagnóstico, da história do tratamento, da conduta terapêutica, da crítica do tratamento cirúrgico, da técnica operatória, da justificação da técnica cirúrgica e, finalmente, da bibliografia.

Escrita numa linguagem simples e compreensível, o trabalho de Eurico Branco Ribeiro está fadado ao mais franco sucesso.

Muito grato o nosso jornal pela remessa de um exemplar que lhe foi enviado”.

apresenta a questão da úlcera gástrica sob um prisma todo pessoal, o mais vivido possível. E do seu conceito etiopatogênico deduz a orientação terapêutica adequada que aconselha. São horizontes novos que se vêm nas 332 páginas deste livro, no qual se encontram 96 figuras em negro e 32 a cores, todas originais e altamente demonstrativas.

**Nota sobre a bioquímica do leite** — O. Ballarin, edição do autor (Ladeira do Ascurra, 97) Rio, 1947.

O A., que tem se especializado em assuntos de leite, tendo já publicado vários trabalhos sobre o assunto, reuniu em elegante volume tudo o que há sobre bioquímica do leite, dando à matéria uma apresentação que facilita a compreensão dos principais fenômenos por parte de todos os que possam se interessar pelas questões versadas — não só estudantes de Medicina e dietistas, mas também, a título de consulta, médicos, pediatras e nutricionistas. A maneira esquemática com que a matéria é disposta facilita a sua compreensão.

Neste sentido, por exemplo, as propriedades físicas e químico-físicas do leite, foram classificadas em 2 grupos: 1.º as que estão ligadas a todos os componentes do leite; 2.º as que dependem mais particularmente de certas fases ou substâncias. Estas propriedades foram classificadas conforme sejam o resultado de substâncias em solução, em suspensão coloidal, etc., de forma a fazer compreender a causa de certas particularidades do leite.

Os componentes do leite, foram estudados, em detalhe, mas sem entrar em excessivas minúcias, procurando-se, destarte, esclarecer os pontos principais. Uma explicação plausível da formação da gordura, partindo dos hidratos de carbono, é feita com clareza. Quanto às proteínas, foram também esquematizadas e reagrupadas as características físicas e químicas de cada

uma estudando-se, detalhadamente, a coagulação do leite e dando-se, por meio de um esquema, as causas da estabilidade e da precipitação da caseína.

No que toca aos sais do leite, foi assinalada a sua importância sob o ponto de vista químico-físico e nutritivo. As vitaminas foram estudadas considerando-se, unicamente, a sua relação com o leite, dando-se as suas fórmulas, as principais características e o seu teor. Idêntico critério foi seguido no que toca aos enzimas, procurando-se desfazer certos conceitos pouco precisos que existem a respeito.

Na 3.ª parte o autor estuda, por meio de gráficos e esquemas que obedecem a uma sequência lógica, a influência dos agentes químicos, físicos e biológicos, de maneira a facilitar a consulta e a compreensão dos fenômenos, sobretudo, no que diz respeito às transformações que sofrem os componentes do leite nos vários tratamentos térmicos a que é submetido. Critério semelhante foi adotado para a microbiologia do leite, que não foi estudada como assunto a parte, mas, sim, considerado-se a ação dos microrganismos. Por último, estuda o autor o metabolismo do leite, sendo as transformações porque passa esse alimento no organismo esquematizadas por meio de um gráfico. Completa o trabalho, um pequeno mapa dando idéia de todos os produtos que é possível obter do leite. Relativamente à parte analítica, foram sempre assinalados os principais fenômenos químicos, físicos ou biológicos que servem de base à dosagem, por exemplo, da gordura, proteínas, etc. sem, no entanto, entrar na parte propriamente técnica. O volume contém 150 páginas, com várias gravuras.

**Terapêutica da tuberculose pulmonar** — José Carnudella, Salvat Editores, Barcelona, 1947.

A larga experiência que se tem tido no terreno da tuberculose pulmonar determinou um notável

avanço em nossos conhecimentos sobre o tratamento desta moléstia. A maneira como o assunto é encerrado no grande centro de estudos que é o Hospital de Santa Cruz e São Paulo de Barcelona vem exposto com minúcias neste excelente volume, que faz parte dos Manuais de Medicina Prática. São nada menos de 220 páginas tratando a conduta de tratamento recomendada pela experiência do autor, que é consagrado professor da especialidade. A higiene dietética, a tuberculoterapia, a quimioterapia, o pneumotorax, o Jacobeus, o oleotorax, o Manaldi, os vários processos cirúrgicos são analisados em capítulos especiais, muito bem documentados com radiografias e ilustrados com esquemas demonstrativos.

**On the morphology of blood and bone-marrow in thyrotoxicosis** — O. Bistrom, editora Acta Chirurgica Scandinavica, Nelsingfors, 1946. — Em um volume de quase 200 páginas, o Autor expõe inicialmente o problema das modificações do sangue nas toxicoses tireoideanas. Depois descreve os seus estudos em indivíduos com bócio tóxico e e não tóxico, examinados antes e depois do tratamento, seja clínico pelo iodo epelo tiuracil, seja cirúrgico pelas várias técnicas aconselhadas. Apresenta o resultado de suas pesquisas em 24 indivíduos normais e em 26 atingidos de bócio não tóxico para depois estudar com detalhes os exames da medula esternal em 33 hipertireoideanos. Numerosos gráficos ilustram o trabalho, facilitando a sua compreensão.

**Abcesos y flemones** — Henrique Hernández Lopez, 2.a edição, Salvat Editores, Barcelona, 1946.

É este livro um verdadeiro manual de cirurgia prática, encerrando conselhos muito uteis a todo médico que se vê na contingência de fazer pequenas intervenções, entre as quais avultam os abcessos e flegmões. A primeira edição, de 1941, foi exgotada e a procura do

livro exigiu se fizesse esta segunda edição, que foi devidamente amplificada para expor com atualidade assuntos como a sulfanilamidoterapia e a penicilinoterapia. Novos capítulos também foram acrescidos como o consagrado à agranulocitose e o à infecção piogênica generalizada. O volume contém perto de 250 páginas e por aí se vê quanto de matéria ele encerra. As ilustrações são em número de 101, algumas das quais em duas cores.

**Semeiologia oto-vestibolare e tumori endocranici** — Ausano Della Vedova, Luigi Pozzi Editor, Roma, 1942. — O autor que é um especialista em moléstias da garganta, nariz e ouvidos, collecionou todo o material requerido para a compilação desta monografia no "Instituto Neurologico" de Milão, de que é a mais de dez anos o médico superintendente no departamento dessas enfermidades.

Nesse trabalho apresenta 105 casos de tumores endo-craniais que foram operados no período de 1936 a 1942. A localização foi exata em 60% dos casos. O autor examina todos os pacientes seguindo extritamente os moldes aprovados pelo prof. Besta, um especialista de molestias nervosas muito conhecido e diretor da Universidade da Clinica Neurológica de Milão. As três feições básicas do seu exame são:

1.º No caso de resposta labirintica assimétrica, independente de estímulo do labirinto, produz um estímulo simultâneo que permite verificar a diferença entre tumores supratentoriais e subtentoriais.

2.º Exame de nistagmo rotativo por estímulo rotativo para conhecimento exclusivo da qualidade.

3.º Procura constante do nistagmo optocinético.

De 1942 até hoje tem continuado a cooperação com os neurologistas com grande sucesso no diagnóstico de tumores endocraniais e também em muitas moléstias tipicamente nervosas, como foi confirmado pelo Prof. Vercelli, atual

diretor da Clinica Neurologica e de quem são as seguintes palavras encontradas no fim da monografia.

"Quando o exame vestibular se processa desta maneira, ele dispensa realmente o estagio da especula-

ção científica e é considerado indispensavel nos métodos normalmente seguidos nas clinicas neuro-lógicas, onde o especialista de ouvido é considerado um colaborador de grande valor".

## Teses recebidas.

**Über den geschlechtsdimorphismus des menschlichen unterkiefers,** Erwin Dettwiler, Basel, 1945.

**Liquoruntersuchungen bei 128 Schizophrenen,** Thomas von Albertini, Basel, 1945.

**Neuritis optica retrobulbaris als Vorpostensymptom der multiplen Sklerose,** Adolf Augustin, Basel, 1945.

**Ueber pree- und postoperative neurovegetative Tonusverschiebungen,** Charles Baud, Basel, 1945.  
**Ein Beitrag zur Kenntnis der Echinococcenkrankheit,** Rudolf Bircher, Basel, 1945.

**Über sogenannte Riesenzellenpneumonie beim Erwachsenen zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Periarthritis nodosa tuberkulose Aetiologie,** Jürg Boss, Basel 1945.

**Die isocierte Samenblase des Meerschweinchens als biologisches Testobjekt zur quantitativen Differenzierung des sympathikolytischen Wirkng der genuinen Mutterkornalkaloide und ihrer Dihydroderivate** Jolanda Bügger, Basel, 1945.

**Plethysmographische Untersuchungen. III Mitteilung — Ueber vergleichende plethysmographische**

**Untersuchungen an Hand und Fuß,** Aurelio Cerletti, Basel 1945.

**Die kongenitale Skoliose,** Marie Erb, Basel, 1944.

**Die Pyelitis gravidarum am Frauenhospital Basel in den Jahren 1938 bis Juni 1943,** Josef Eugster, Basel, 1945.

**Zur Frage der todlichen parenchymatösen Magenblutungen und ihrer Auslösung durch korpereigenes Trauma,** Emil Fischer, Basel, 1945.

**Ueber Beeinflussung des Verlaufs der multiplen Sklerose durch Impfreaktionen,** Walter Geissberger, Basel, 1944.

**Die Pleuritis mediastinalis superior des Kleinkindes - Alters,** Gaby Hartmann-Stehelin, Basel, 1945.

**Carcinomatose Stenose der Flexura duodenojejunalis,** Klaus Iselin, Basel, 1944.

**Zur Rachitisprophylaxe bei Frühgeburten mit mehrfachem Vitamin-D-Stok,** Hedwig Vischer, Basel, 1945.

**Die Eklampsie und ihre therapie,** Carl Meisterhans, Basel, 1945.

**Daquinol - NA GRIPE E NA PNEUMONIA**  
(UMA EMPOLA CADA DIA)

## Folhetos e Separatas

**Formas clínicas da amebíase**, Estudo baseado em 500 observações, F. Cintra do Prado e F. Figliolini.

**O papel da cirurgia no tratamento da hipertensão essencial**, Dr. Nicolau Moraes Barros Filho, Separata da Revista do Hospital das Clínicas, II, 2, abril de 1947, São Paulo.

**Die Durch Knochen-Und Gelenktuberkulose Verursachte Bleibende Arbeitsunfähigkeit in Finnland**, Hannes Salmenkallio, Suplemento I de Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae, vol. 36, 1947.

**Vocação para a Medicina**; Homero Braga, Separata da Revista Médica do Paraná, vol. XVI, 2 (março, abril de 1947).

**Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro**, Relatório do Dr. Tavares de Souza, 1.º de janeiro a 31 de dezembro de 1946.

**Discurso en el acto inaugural del tercer congreso inter-americano de cirugía**, Domingo Prat, Montevideo, 1947.

**Un Caso de Cuerpo Extraño en el Corazón**, Gilberto Morey S. Lima, Perú, 1946.

**Estudo analítico das Fontes Hydrominerais de Caldas da Imperatriz e do Santo Anjo da Guarda no Estado de Santa Catarina**, Antonio de Salles Teixeira, São Paulo.

**Tratamento da amebíase**, Felício Cintra do Prado, Separata de "O Hospital", março de 1947.

**Enxertos livres de pele nas pequenas perdas de substâncias**, Linneu Matos Silveira, Separata dos Arquivos da Sociedade Médica de Sorocaba, n.º 1, janeiro de 1947.

**Falangiação do Primeiro Metacarpiano**, Linneu Matos Silveira, Separata dos Arquivos da Sociedade Médica de Sorocaba, 1, janeiro de 1947.

**Censo de Lepra em Cuba**, Alberto Oteiza Setien, Ramon Ibarra Perez e Miguel Angel Gonzalez Prendez, separata de Boletín Oficial del P. S. L. E. C., Habana, Cuba, 1946.

**Embarazo extraamniocorial**, Silvestre Luis Sala, Separata de "Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecologia de Buenos Aires", 1946.

**Prolapso genital total e prolapso retal por invaginação procidente**, Gideon de Oliveira, Suplemento da Revista de Ginecologia e d'Obstetricia, XLI, 3, tomo I, março de 1947.

**Protusão intra-raqueana do núcleo polposso**, Orlando Pinto de Souza, Separata de Revista de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, VI, 5.

**Aspectos modernos do Hipertireoidismo e seu tratamento**, Nicolau Moraes Barros Filho, Separata da Revista de Cirurgia de São Paulo, vol. 12, 2, setembro-outubro, de 1946.

**Anotações da semiótica da mão**, Ulisses Lemos Torres, Separata de "O Hospital", março de 1947.

**Memória correspondiente al ejercicio del año 1945**, Liga Argentina contra la Tuberculosis, Buenos Aires, 1946.

**Recopilacion de Leyes, Reglamentaciones, Decretos y Resoluciones**, Ministerio del Interior, dezembro de 1943, Buenos Aires, Rep. Argentina.

**Relatório Anual do Instituto de Botânica**, F. C. Hoehne, novembro de 1946.



## La Diuresis y los Diuréticos

por

F. SERRALLACH JULIA

Esta obra faz parte dos "Manuales de Medicina Prática" e contém:

Eliminação renal ou diurese. — A diurese em sua relação e dependência com o resto do organismo — Os diuréticos. — Os diuréticos na clínica. — Um trabalho que estuda as medicações diuréticas separadamente, as compara, explica seu modo de ação e precisa as suas indicações. — Forma um volume de 143 páginas, ilustrado com 21 figuras intercaladas no texto.

*A venda nas principais livrarias do país.*

**SALVAT EDITORES, S. A.**

Distribuidor: **Antonio Muñoz**, Calle Lavalle, 371 — Buenos Aires, Argentina

## El Laboratorio en las Enfermedades Venéreas

por

JOSÉ ESTRADA CAMUÑEZ

Esta obra faz parte dos "Manuales de Medicina Prática" e contém:

Bacteriología. — Anatomía. — Cutirreação. — Inoculación experimental. — Serología da sífilis. — Líquido espinhal. — Blenorragia. — Bacilo de Ducrey. — Unna. — Moléstia de Nicolas-Favre, etc.

Um tratado completo, em poucas páginas, de diagnóstico, pelo laboratório, das enfermidades venéreas. Forma um tomo de 297 páginas, esmeradamente impresso.

*A venda nas principais livrarias do país.*

**SALVAT EDITORES, S. A.**

Distribuidor: **Antonio Muñoz**, Calle Lavalle, 371 — Buenos Aires, Argentina

